

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Geografie

Studijní obor ZE -TV
(kombinace)

**ŽIVOTNÍ ÚROVEN, EPIDEMIE A HYGIENICKÉ
PROBLÉMY VE SVĚTOVÉM MĚŘÍTKU**
**STANDARD OF LIVIN, EPIDEMIC AND SANITARY
PROBLEMS IN THE WORLD-WIDE SCALE**

Diplomová práce: 09 – FP - KGE - 10

Autor: Martina SCHÜLEROVÁ

Podpis:

Adresa:

Rychtářská 14/28
460 14, Liberec 14

Vedoucí práce: Mgr.Jaroslav Vávra, Ph.D.

Konzultant:

Počet

stran	map	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
127	10	25	39	67	1

V Liberci dne: 25.5.2009

Katedra: KGE

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(pro magisterský studijní program)

pro (diplomant) Martina Schüllerová
adresa: Rychtářská 14/28, Liberec 14
obor (kombinace): ZE - TV
Název DP: ŽIVOTNÍ ÚROVEŇ, EPIDEMIE A HYGIENICKÉ PROBLÉMY
VE SVĚTOVÉM MĚŘÍTKU

Název DP v angličtině: Standard of living, epidemic and sanitary problems in the world-wide scale

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vávra, Ph.D.

Konzultant:

Termín odevzdání: květen 2009

Pozn. Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 6. 6. 2008

děkan



vedoucí katedry



Převzal (diplomant):

Datum:

Podpis:

Název DP: Životní úroveň, epidemie a hygienické problémy ve světovém měřítku

Vedoucí práce: Mgr.Jaroslav Vávra, Ph.D.

Úvod: V průběhu vzniku a vývoje lidské populace se mění životní úroveň v závislosti na sociálních, politických a přírodních podmínkách. Pokud dojde ke snížení úrovně, může nastat strádání lidstva hladem, nedostatkem zdravotní péče a kvalitního vzdělání.

Cíl: Vybrat relevantní demografické a statistické údaje a pokusit se mezi nimi najít souvislosti na úrovni vybraných států.
Využít informací z této práce pro potřeby dalšího vlastního vyučování.
Rozšířit všeobecné znalosti o daném tématu u žáků na základních školách a široké veřejnosti.

Metody: Studium literatury za účelem kvalitativního a kvantitativního srovnání informací tématu a nadále statistické zpracování získaných informací.

Vypracování dotazníku a jeho použití na vybraných základních školách.

Požadavky: Nashromáždění potřebných dat, jejich zpracování a následné připravení pro možnost výuky na základní škole srozumitelnou formou.
Ověřit zpracované téma ve výuce na vybrané škole.

Literatura:

1. **BARTÁK J. a kol.***Encyklopedický slovník.*Odeon a Encyklopedický dům, spol. s r.o., 1993, ISBN 80-207-0438-8
2. **GOPFEROVÁ D. a kol.***Epidemiologie infekčních nemocí.* Karolinum 2003,ISBN 80-246-0452-3
3. **LOBOVSKÁ A.***Infekční nemoci.*Karolinum 2002,ISBN 80-246-0116
4. Malaria Vaccine Initiative: Malaria [online]. Dostupné z URL <http://www.malariavaccine.org/mal-what_is_malaria.htm> Datum aktualizace 2008-30-3 [cit.2008-10-3]
5. Institute for OneWorld Health A Nonprofit Pharmaceutical Company . Dostupné z URL <<http://www.oneworldhealth.org/>>[cit.2008-23-3]

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

Datum

Podpis

Děkuji Mgr.Jaroslavu Vávrovi, Ph.D. za cenné rady, vstřícný přístup a odborné vedení mé diplomové práce.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	6
ÚVOD:	8
1 ŽIVOTNÍ ÚROVEN.....	9
1.1 Zdraví a nemoc	9
1.1.1 Počet obyvatel na jednoho lékaře	12
1.1.2 Kojenecká úmrtnost v jednotlivých státech světa.....	15
1.1.3 Choroby	17
1.1.4 Vývoj problému do současnosti.....	36
1.1.5 Vývoj do budoucnosti	45
1.2 Potrava a výživa	46
1.2.1 Nerovnost v přístupu k potravinám	48
1.2.2 Hladomor	48
1.3 Voda.....	57
1.3.1 Kontinenty trpící nedostatkem vody.....	58
1.4 Vzdělání	61
1.4.1 Vzdělání v rozvojových zemích	66
1.4.2 Vzdělání žen	67
1.4.3 Vzdělání v Africe	67
1.4.4 Vzdělání v Asii.....	73
1.4.5 Vzdělání v Austrálii.....	76
1.4.6 Vzdělání v Americe	76
1.5 Chudoba a bohatství	78
1.5.1 Hospodářská úroveň	78
1.5.2 Afrika.....	81
1.5.3 Asie.....	82
1.5.4 Latinská a Jižní Amerika	84
2 VZDĚLÁNÍ V ČR	86
2.1 Systém kurikulárních dokumentů.....	87
2.2 Tématické okruhy	88
2.2.1 Životní prostředí	89
2.2.2 Společenské a hospodářské prostředí	91
2.2.3 Regiony světa	93
3 DOTAZNÍK.....	95
4 PROJEKT	101
5 ZÁVĚR	109
6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	110
PŘÍLOHA	114

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AFESD	Arabský fond pro hospodářský a společenský rozvoj
BADEA	Arabská banka pro hospodářský rozvoj v Africe
FAO	Organizace OSN pro výživu a zemědělství
GCC	Státy Rady pro spolupráci Zálivu
HDI	Index lidského rozvoje
HDP	Hrubý domácí produkt
OSN	Organizace spojených národů
RVP	Rámcově vzdělávací program
SARS	Těžký akutní respirační syndrom
ŠVP	Školní vzdělávací program
TBC	Tuberkulóza
UNICEF	Dětský fond OSN
WFC	Rada pro světovou výživu
WFP	Světový potravinový program
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD:

Na naší planetě Zemi žije necelých sedm miliard obyvatel, pro které je důležité , aby měli dostatek potravy, zdravotní péče, kvalitního vzdělání a financí. Mluvíme tedy o životní úrovni, která je základním předpokladem plnohodnotného existence národů. Pokud je tato úroveň nízká, mohou lidé trádat podvýživou, nedostatkem nezávadné vody, zdravotní péče a vzdělání, to vše může vést ke vzniku nejrozumnějších chorob a jejich šíření. V mé diplomové práci se chci zmínit o těch nejzávažnější a také nejvíce ohrožujících nemocech pro lidstvo buď celého světa nebo jejich částí. K takovým chorobám se řadí malárie, AIDS, hepatitida, mor, tuberkulóza, cholera aj.

Mezi jednotlivými kontinenty, zeměmi, městy a jejich částmi se vyskytují nerovnosti, které jsou nejvíce patrné při porovnávání společného parametru (např. vzdělání, zdravotní a sociální péče, hrubý domácí produkt , ale i přístup k potravinám a jiné).

Cílem mé práce bylo proniknout hlouběji do problematiky zdraví, vzdělání, potravin, chudoby a analyzovat jejich příčiny. Existuje značné množství literatury, ale málo který člověk na světě si dokáže představit to utrpení a bezmoc obyvatel, kteří nemají dostatek potravin, zdravotní péče, léků a jiných prostředků.

1 ŽIVOTNÍ ÚROVEN

1.1 Zdraví a nemoc

Zdraví

Organizace, která se zabývá zdravím a nemocí se nazývá Světová zdravotnická organizace (WHO). WHO definuje zdraví jako stav dobré fyzické, duševní a sociální kondice.

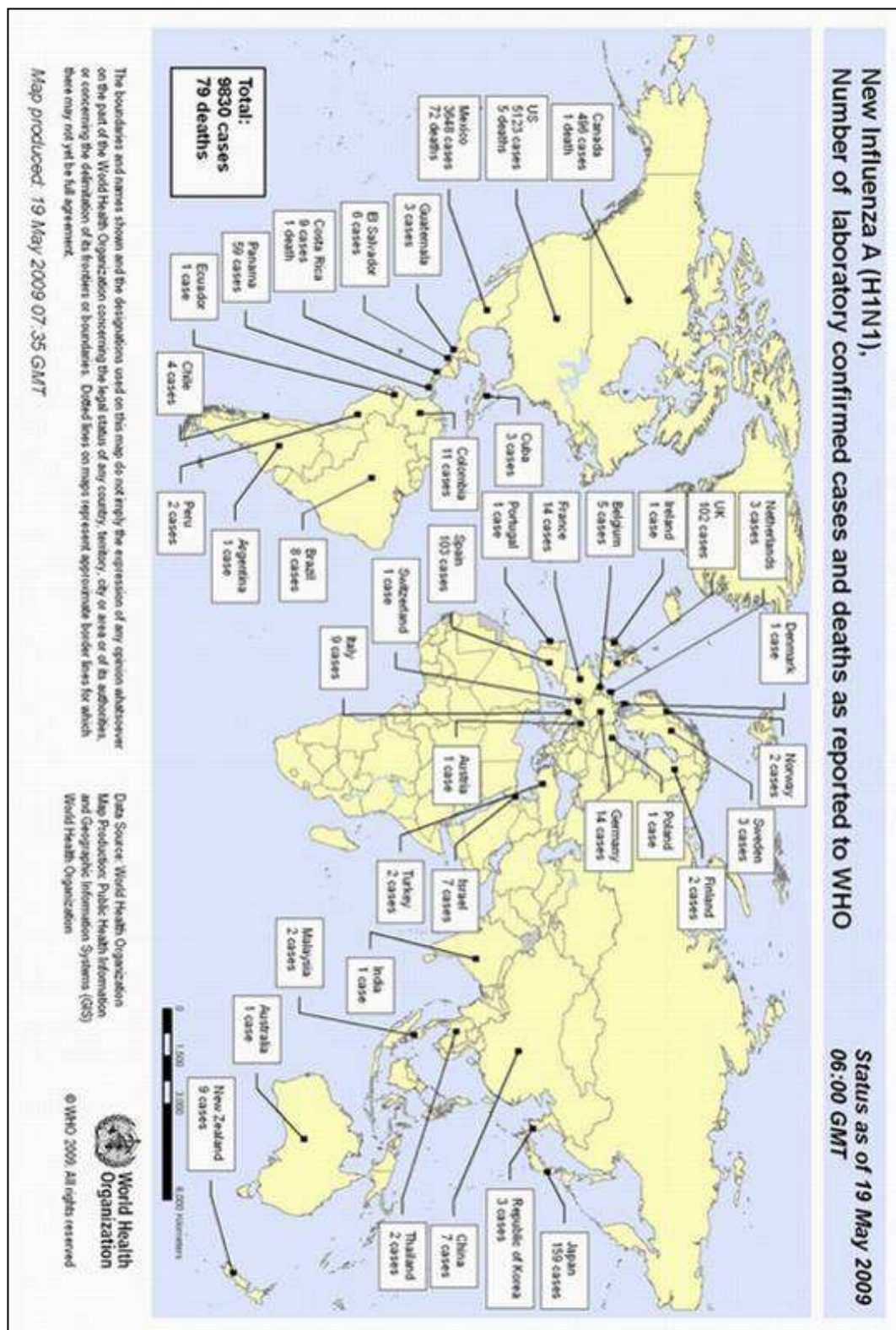


Cílem WHO je monitorování průběhu a šíření infekčních nemocí jako SARS, malárie a AIDS, realizuje též programy na likvidaci těchto nemocí, a to vývojem a distribucí vakcín.

Nemoc

Vzájemné přizpůsobení parazita a hostitele tak probíhá v následujících stádiích: epidemie, endemie, symbióza. K pandemii dochází, když je dosud nedotčená populace napadena zárodkem, kterého nezná, nemá tak vyvinuté obranné mechanismy a dochází k akutnímu onemocnění u všech jejích členů bez rozdílu věku. Jinými slovy pandemie znamená hromadný výskyt infekčních onemocnění postihující obyvatele bez prostorového omezení. Jako příklad se dá uvést probíhající mexická/prasečí chřipka, jedná se o respirační onemocnění způsobené chřipkovým virem kmene A/H1N1. Virus obsahuje geny lidské, ptačí a prasečí chřipky. První lidská onemocnění vyvolaná novým typem viru prasečí chřipky H1N1, byla hlášena ze Spojených států a Mexika již počátkem dubna letošního roku. Mexiku byla zaznamenána první úmrtí na toto onemocnění. Šíří se aerosolem, nepřímým kontaktem nebo symptomatickými nosiči viru.

Mapa 10.1: Nová influenza A (H1N1), počet laboratorně potvrzených případů a úmrtí vykázaných WHO.



Tab.11.1: Oblasti s potvrzenými případy mexické chřipky v roce 2009.

Datum	Oblasti s potvrzenými případy mexické chřipky
24. dubna	Podle WHO bylo potvrzeno 24. dubna několik lidských případů tohoto onemocnění v Kalifornii, Texasu a Mexiku.
26. dubna	Nemoc potvrzena New Yorku, v Kansasu , v Ohio, v Texasu.
28.dubna	Nemoc se přesunula do Evropy, případy onemocnění byly hlášeny v těchto zemích: Kanada (6), Nový Zéland (3), Spojené království (2) a Španělsko (2).
29.dubna	Nemoc se objevila v Rakousku (1), Kanadě (13), Německu (3), Novém Zélandu (3), Španělsku (4) a Spojeném království (5).
Na začátku května	Na začátku května se nemoc rozšířila do dalších evropských zemí: Dánsko (1), Francie (1), Německo (4), Švýcarsko (1) a Asie, postihla lidi v Číně, Hongkongu, Izraeli a Korejské republice. Další případy onemocnění byly prokázány v Guatemale (3), Irsku (1), Švédsku (2), Finsku (2), Itálii (9), Panamě (29), Polsku (1), Portugalsku (1), Thajsku (2), Kolumbii (6), Kubě (1), Brazílii (8), Argentině (1), a Austrálii (1)

Zdrojdat:http://www.who.int/csr/disease/influenza/oseltamivir_summary_south_2008/en/index.html

S každým dnem se mění počet nových případů onemocnění a úmrtí na chřipku A/H1N1. 18. května bylo zaznamenáno 8829 nakažených a 74 úmrtí o den později vzrostl počet nakažených na 9830 a zemřelo dalších pět lidí.

Za to epidemie je časově a místně ohraničený hromadný výskyt infekčních onemocnění.

Nemoc se stává endemickou případně, kdy napadený jedinec se uzdraví a tak získá proti té konkrétní infekci obranyschopnost. Projevuje se jako poměrně rozšířená, nepříliš útočná forma. K poslednímu stádiu symbiózy dochází vzájemným přizpůsobením hostitele a parazita, při níž hostitel a zárodek dospívají k vzájemné toleranci (mutualismus) (NORMAN F.CANTOR, 2005).

Aby vznikla u člověka nemoc, musí její původce překonat obrovské překážky. K zdolání zábrany někdy stačí chování zárodku samotného nebo změna prostředí, popřípadě změna. V historii vyšších živočichů nastala taková změna v období ekologického zvratu, když byli dravci donuceni si hledat změnou klimatu nové místo pobytu a tím pádem i jinou kořist.

1.1.1 Počet obyvatel na jednoho lékaře

Mapa (viz další strana) znázorňuje počet lékařů na 100.000 lidí v roce 1998. Data sestavila Světová zdravotnická organizace. Toto měření se pokouší porovnat přístup k zdravotní péči pro lidi žijící v různých zemích, porovnáním jejich přístupu ke zdravotní péči odborníků.

Mapa dále ukazuje, že průmyslové země mají více lékařů na jednoho obyvatele než neindustrializované země a reflektuje zjištění, že průměrná délka života bývá vyšší ve vyspělých zemích. Nicméně existují výjimky.

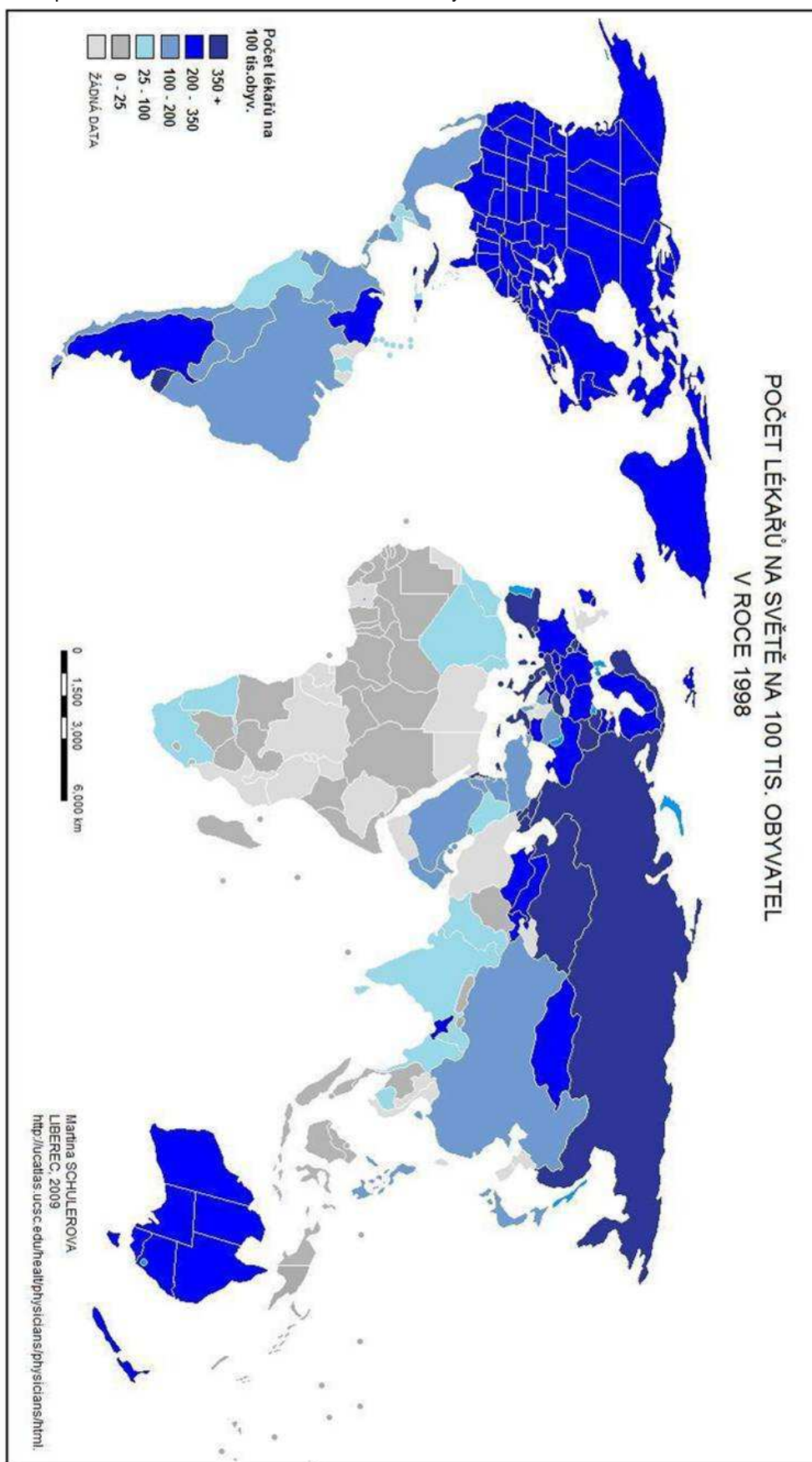
Mnoho zemí bývalého Sovětského svazu má velmi vysokou sazbu lékařů na 100 tis. obyvatel. Kuba s 530 lékaři na 100 tis.obyvateľ se řadí na třetí místo na světě, za Monako (664) a Itálii (554). Vysoký počet lékařů na Kubě se zdá být částečně zodpovědný za vynikající úroveň zdravotní péče. Kuba má velmi vysokou úroveň očekávané délky života, a to navzdory skutečnosti, že má jednu z nejnižších mír výdajů na zdravotní péči.

Do intervalu 0 – 25 lékařů na 100 tis.obyvateľ se řadí většina afrických zemí v pásu mezi rovníkem a obratníkem Raka, dalších pět států (Angola, Zambie, Botswana, Zimbabwe a Madagaskar) nalezneme na jihu kontinentu. V Asii do tohoto intervalu patří celá Indonésie.

Některé země kompenzují nedostatek vyškolených lékařů pomocí dalších zdravotnických pracovníků, jako jsou zdravotní sestry a porodní asistentky. Dokonce i ve vyspělých zemích došlo k nárůstu počtu lékařských asistentů, kteří vykonávají některé práce dříve prováděné aprobovanými lékaři.

Dobrá zdravotní stav vyžaduje správnou výživu, přístup k čisté vodě, hygienickým zařízením a další faktory.

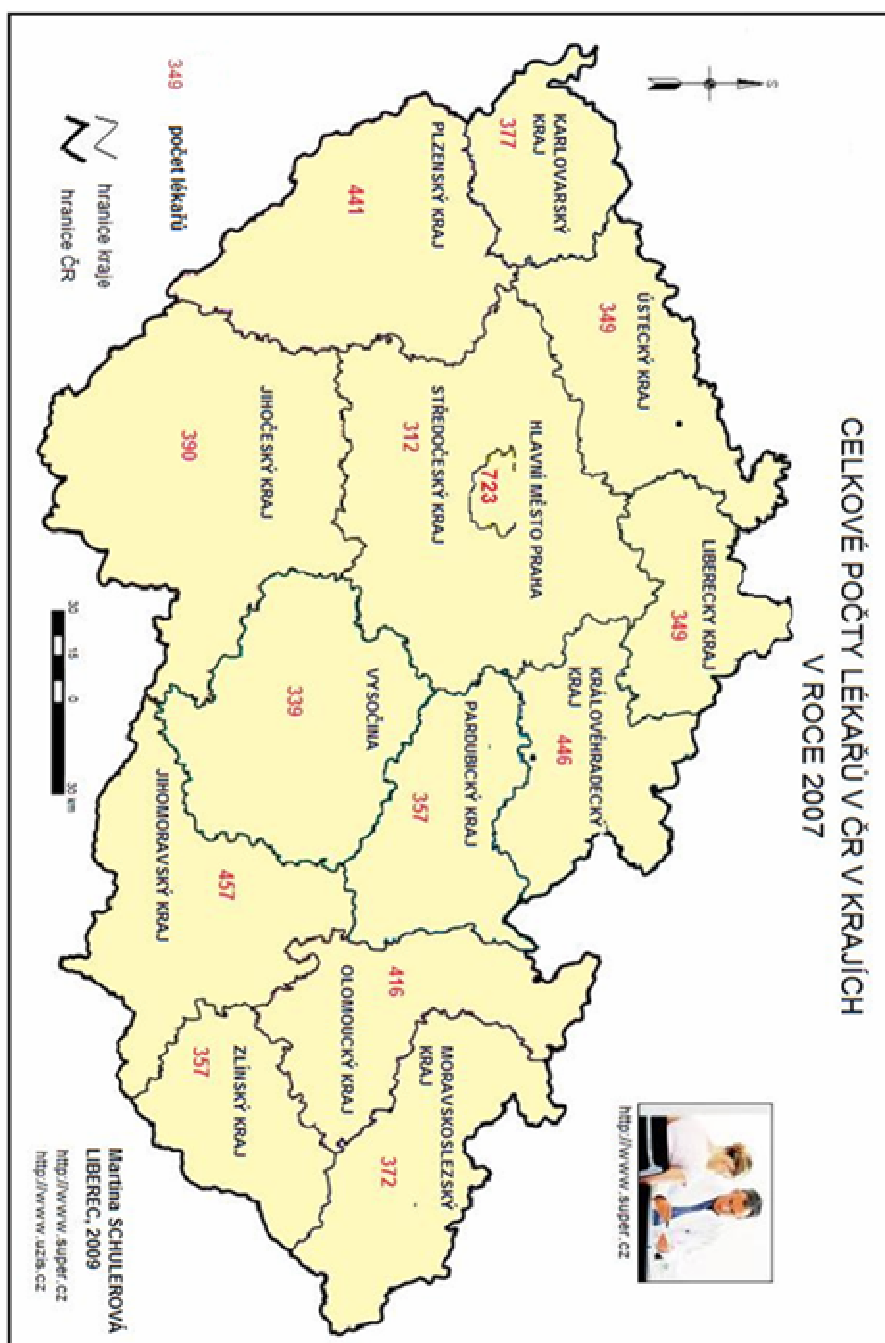
Mapa 13.2: Počet lékařů na světě na 100 tis. obyv. v roce 1998..



Počet lékařů v jednotlivých krajích ČR

V průměru připadalo v roce 2007 na jednoho lékaře 238 obyvatel a koncem téhož roku pracovalo v česku 43 000 lékařů. Nejméně lékařů je v přepočtu na 1000 tis. obyvatel je ve Středočeském kraji (312), nejvíce v Praze (723). Na jednoho pediatra připadá v průměru v ČR 1408 dětí, nejvíce ve Středočeském kraji (1589), nejméně v Praze 1261.

Mapa 14.3: Celkové počty lékařů v ČR v krajích v roce 2007.



1.1.2 Kojenecká úmrtnost v jednotlivých státech světa

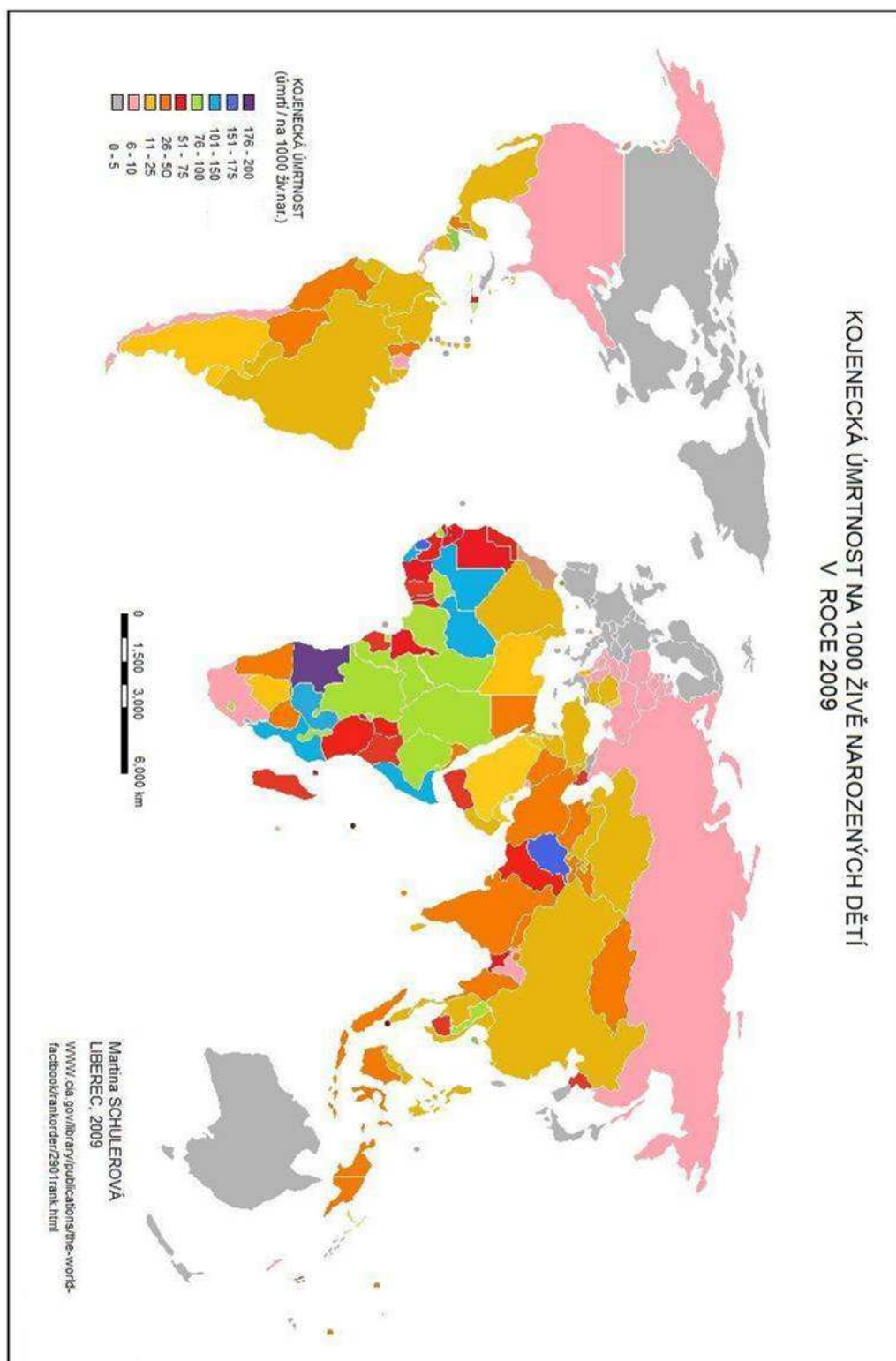
Kojenecká úmrtnost je definována jako počet zemřelých kojenců do jednoho roku věku na 1000 živě narozených ve stejném roce. Slouží k porovnání zdravotního stavu uvnitř jednotlivých zemí světa. Rozdíly v kojenecké úmrtnosti v celém světě jsou značné.

V rozvojových zemích je kojenecká úmrtnost nejčastěji spojena s nedostatkem potravin, pitné vody, osobní hygieny, léků, zdravotních zařízení, vzdělání a financí. V Africe dosahuje kojenecká úmrtnost stále ještě přes 184 ‰, nejhůře je na tom Angola a Sierra Leone. V Libérii, Mali, Nigerii, Somálsku, Tanzanii, Mozambiku a Zambii se kojenecká úmrtnost pohybuje v rozmezí 101 až 150 ‰. Mnoho rozvojových zemí nemá dostatek prostředků na sledování úmrtí kojenců, a proto údaje z těchto oblastí jsou pouze odhady.

V průměru se v Asii pohybuje kojenecká úmrtnost kolem 56 ‰. Je o něco nižší než v Africe. Některé asijské země jako např. Afghánistán má ale 150 ‰. Na druhou stranu má Hong Kong jen nízkou sazbu 3,2 ‰, což dokládá, že největší rozdíly v úrovni kojenecké úmrtnosti se vyskytují v Asii. V Japonsku, tak i v České republice dnes umírají z jednoho tisíce novorozenců čtyři děti. Dříve byl počet novorozenců v Číně ovlivněn politikou jednoho dítěte, kdy se narozená děvčátka násilně usmrcovala nebo posílala na venkov. Pro zachování rodu bylo narození chlapce tak důležité, že žena, která nepřivedla na svět syna, byla nahrazena jinou. Čínští rodiče, kteří měli více než dvě děti, byli ekonomicky citelně znevýhodněni (neposkytnutí příspěvků na děti).

Evropa i Severní Amerika (Spojené státy a Kanada) mají nízkou úroveň kojenecké úmrtnosti, která se pohybuje v průměru kolem 6 ‰. Hlavní příčiny úmrtí kojenců v Americe a Evropě patří vrozené vady, syndrom náhlého úmrtí kojenců (SIDS), problémy související s komplikacemi v těhotenství.

Mapa.16..4:Kojenecká úmrtnost na 1000 živě narozených dětí v roce 2009.



1.1.3 Choroby

1.1.3.1 Malárie

Malárie (italsky „špatný vzduch“) je jednou z nejvýznamnějších infekčních nemocí.

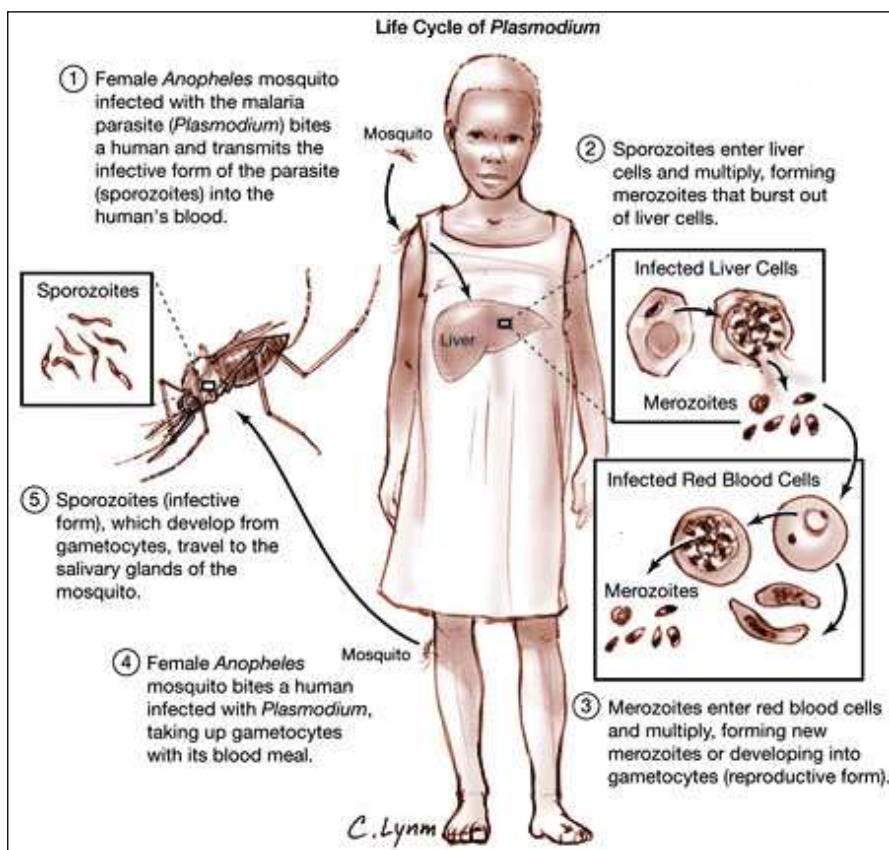
Malárie je parazitické onemocnění ohrožující život, které je přenášeno moskyty (SVRŠEK J., 2004).

Podle (SVRŠEK J., 2004) existují celkem čtyři typy lidské malárie, které jsou způsobeny parazity *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* a *Plasmodium falciparum*. Nejčastější a nejvíce smrtelné infekce malárií jsou způsobeny parazity *Plasmodium vivax* a *Plasmodium falciparum*. *Plasmodium falciparum* se vyskytuje zejména v Africe jižně od Sahary a způsobuje extrémně vysokou úmrtnost v tomto regionu. Existují také varovné náznaky rozšíření *Plasmodium falciparum* do nových oblastí světa a znovuzrození v oblastech, kde bylo toto onemocnění již potlačeno.

Nákazu s člověka na člověka přenášejí komáří samičky rodu *Anopheles* při sání. Malárie může být také přenesena při transfuzi krve nebo injekčními jehlami.

Uvnitř krevního oběhu parazit prochází řadou změn svého složitého životního cyklu. Tato různá stadia vývoje umožňují, aby parazit narušil imunitní systém organismu, infikoval játra a erythrocyty (červené krvinky) a konečně dospěl do formy, kdy je schopen infikovat moskyta, který nasaje krev infikovaného člověka. V těle moskyta parazit dosáhne pohlavní dospělosti a po asi 10 až 14 dnech je schopen znovu infikovat dalšího člověka (SVRŠEK J., 2004).

Obr.18.1: Životní cyklus parazita *Plasmodium*.



Onemocnění se projevuje velkým množstvím příznaků, mezi které patří např. horečka, zimnice, kašel, bolesti hlavy, ikterus, šok a další.

Akutních případů malárie je na světě zhruba 500 milionů. Na subsaharskou Afriku připadá až 90% z celkového celosvětového počtu úmrtí na malárii. Epidemie malárie zabije více než 100.000 lidí všech věkových kategorií každý rok. Odhaduje se, že až 124 milionů lidí v Africe žije v oblastech ohrožených sezónní epidemií malárie, a mnoho více v oblastech mimo Afriku, kde přenos je méně intenzivní.

Až 30% úmrtí na malárii v Africe dochází v důsledku války, násilí, místní nebo jiné mimořádné události. Vysídlených obyvatel, kteří žijí v provizorním bydlení, jsou zranitelní vůči malárii, protože je větší pravděpodobnost, že dojde k bodnutí komára, jsou často nakaženi jinými infekcemi, a nemají přístup ke zdravotní péči.

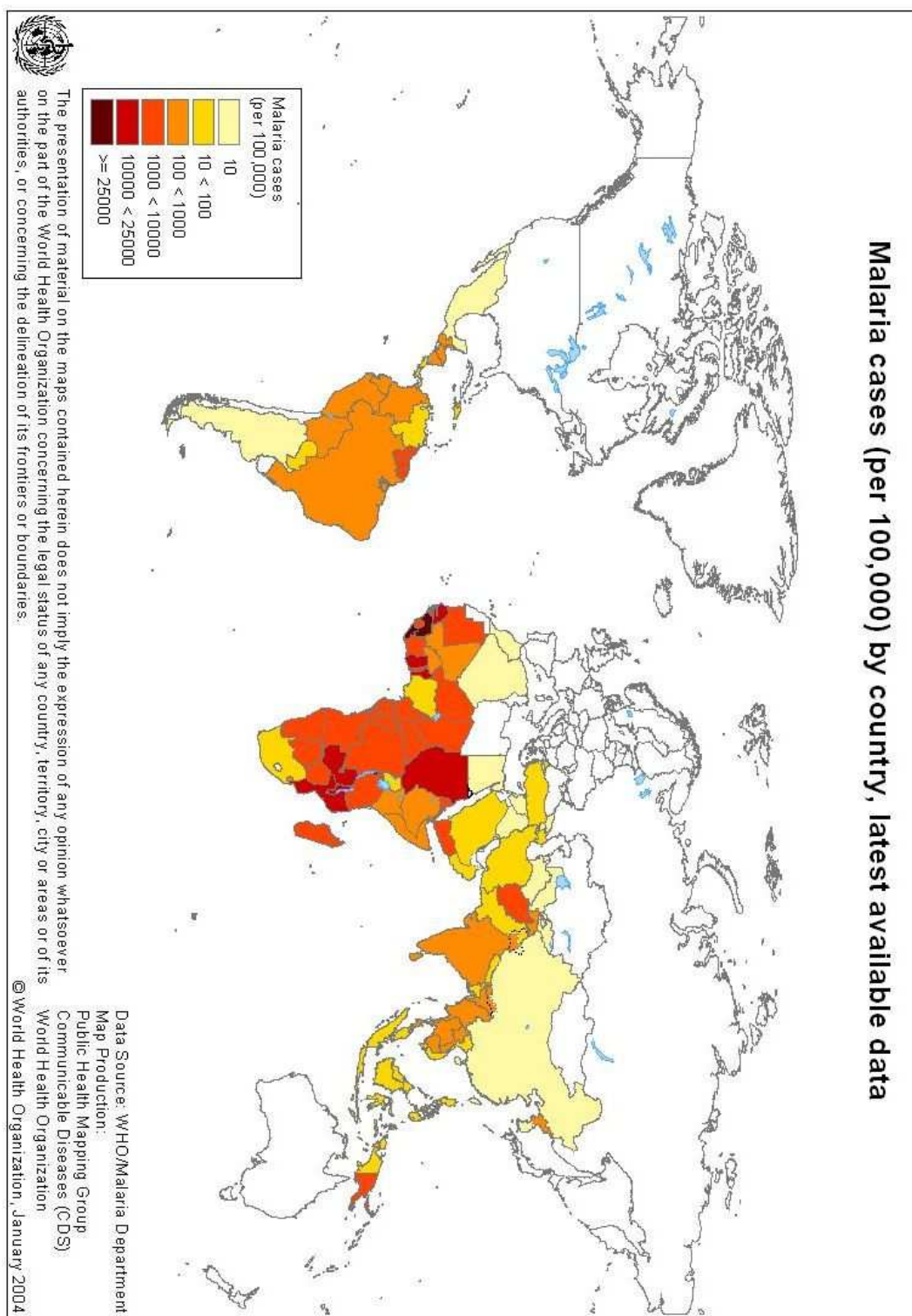
Malárie společně s onemocněním HIV/AIDS a tuberkulózou představuje nejzávažnější hrozbu pro životy miliónů lidí a pro ekonomický a sociální rozvoj nejchudších zemí světa (SVRŠEK J., 2004).

Z mapy je viditelné, že infekční malárie byla rozšířena převážně na jižní polokouli. Co do počtu případů onemocnění, byla nejvíce v roce 2004 zasažena Afrika, na druhém místě se umístila Latinská Amerika a poslední místo obsadila J, JV, Čína, část Z a JZ Asie. Bílou barvou jsou vyznačena místa, kde se neobjevily případy malárie.

Hranici 25 000 nakažených obyvatel na 100 tis.lidí překročily dva státy Guinea a Libérie. Malárie se dále hojně vyskytuje na území Súdánu, Mosambiku, Zambie, Ghany, Toga, Beninu a Senegalu, kde se pohybuje v rozmezí 10 000 – 25 000 nakažených. Převážná část nemocných v intervalu 1000 až 10 tis. případů na 100 tis.lidí se nachází částečně v S Africe, střední a jižní Africe. Mimo africký kontinent jsem patří Guyana, Sutinám, Fr.Guyana, Jemen, Afghánistán a Papua – nová Guinea. Nejméně postižených (10 případů/100 tis.lidí) touto chorobu se vyskytuje v Americe (Mexiku, Argentině), S Africe (Maroko, Alžírsko, Egypt), v Asii (Sýrie, Irák, Uzbekistán, Turkmenistán, Čína a Korejská republika).

Výskyt onemocnění malárie souvisí s klimatickými podmínkami, nejvíce případů onemocnění se objevuje v tropické a subtropickém pásu.

Mapa 20.5: Případy malárie (na 100 tis.) podle země, posledních dostupných dat v roce 2004.



1.1.3.2 Tuberkulóza

Jde o závažné infekční onemocnění vyvolávané bakterií *Mycobacterium tuberculosis*.

Projevuje se dlouhotrvajícím kašlem a hlenovým, vzácně až krvavým vykašláváním. Dalším příznakem může být zvýšená teplota po dobu delší než 3 týdny a pocení při spánku. V počátečním stádiu však může probíhat i bezpříznakově. Přenáší se od infikovaných jedinců.

WHO odhaduje, že jedna třetina světové populace je infikována tuberkulózou (TBC) a je asi 9 milionů nových případů TBC ročně. Dokonce i v evropském regionu, jsou odhadem 49 nových případů TBC a 7 úmrtí každou hodinu. Největší počet nových případů TB v roce 2005 se objevil v jižní a jihovýchodní Asii. Regionu, který představoval 34% případů na celém světě.

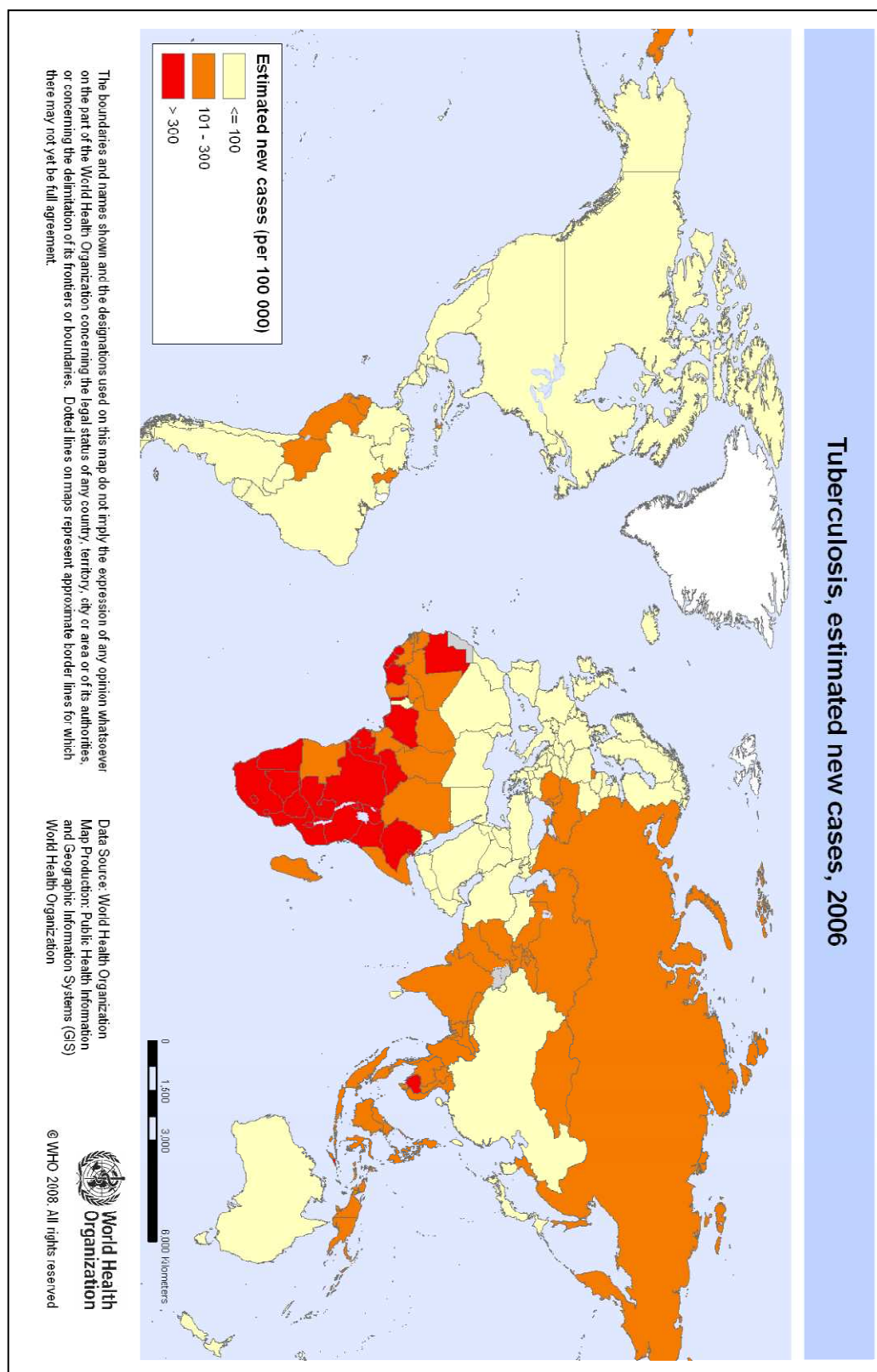
Míra incidence je demografický ukazatel pro studium nemoci udávající počet nových případů onemocnění v daném časovém intervalu na celkový počet obyvatel (střední stav obyvatelstva). Nejčastěji se výsledek násobí tisícem (pak je konečné číslo udáno v promilích) a nebo sta tisíci, jelikož některá onemocnění nejsou ve společnosti častá (konečné číslo pak není příliš malé).

Prevalence (převládání, převaha) - počet případů určité nemoci, jež existuje v dané populaci v daném čase.

Odhaduje se, že incidence v sub-saharské Africe je téměř dvakrát větší než Jižní a východní Asii, téměř 350 případů na 100 000 obyvatel.

Více jak 300 případů onemocnění na 100 tis. obyvatel v roce 2006, jsou v mapě vyznačena červenou barvou, která se objevuje jen v Africe. Nejhuře je na tom její střední a jižní část. Západní část Evropy, Rusko, Mongolsko, J Asie, kontinentální část S Afriky, Peru, Ekvádor a Bolívie patří do intervalu 101 – 300 případů na 100 000 obyvatel. Zbylé oblasti světa, až na Grónsko, kde údaje o onemocnění nejsou známi, dosahují méně jak 100 případů na 100 tis. obyvatel.

Mapa 22.6: Tuberkulóza, odhad nových případů v roce 2006.



1.1.3.3 Mor

Mor dýmějový (*Pestis bubonica*) je tropozoonóza vyvolaná bakterií *Yersinia pestis*, pojmenovaná po svém objeviteli, excentrickém švýcarském vědci Alexandru Yersinovi. Jejími šířiteli jsou drobní hlodavci, králíci a příležitostně i větší zvířata. *Y. Pestis* se rozmnožuje v zažívací traktu blechy, jakmile hlodavec na mor pojde, její blechy ji opouštějí a hledají dalšího hostitele. Běžně se na lidi přenáší bleším kousnutím. Přenos z člověka na člověka nebyl prokázán až do propuknutí plicní formy dýmějového moru v Indii roku 1994. (NORMAN F.CANTOR, 2001). Nemoc se projevuje horečkou, schváceností, zvětšenými mízními uzlinami v podpaží, třísech nebo v krku.

V posledních letech se onemocnění vyskytovalo v Indii, Brazílii, Peru, Tanzanii, Madagaskaru a Barmě. V Mexiku, Arizoně, Coloradu, Kalifornii a Nevadě, jsou ohraničená přírodní ohniska. Další přírodní ohniska se vyskytují v Rusku a Kazachstánu. Na africkém kontinentu mor nalezneme ve státech Angola, Botswana, Keňa.

Nemoc dosud existuje v populacích divokých zvířat od Kavkazu na východ přes jižní a střední Rusko až po Kazachstán, Mongolsko a části Číny; v jihozápadní a jihovýchodní Asii, jižní a východní Africe (včetně ostrova Madagaskar); v Severní Americe, od tichomořského pobřeží na východ k západním Velkým pláním a od Britské Kolumbie na jih do Mexika; a v Jižní Americe ve dvou oblastech: v Andách a v Brazílii. V Evropě nebo Austrálii není žádná populace zvířat nakažená morem.

1.1.3.4 Cholera

Cholera je infekční průjemové onemocnění přenášené bakterií *Vibrio cholerae*. Když se *V. Cholera* polknutím dostane do zažívacího ústrojí, dochází k jeho rychlému pomnožení ve střevě, kde vylučuje silný toxin. Přenos se děje především kontaminovanou vodou a potravinami, stolicí nebo zvratky nemocného. Výsledkem je průjem a prudké zvracení, které vede k nebezpečné ztrátě tělesných tekutin. Dehydratace vede zase ke svalovým křečím, šoku, oběhovému selhání a smrti.

Obr.24.2: Epidemie cholery v Zimbabwe.



<http://www.guardian.co.uk/world/gallery/2008/dec/04/zimbabwe-cholera?picture=340359199>

Na mapě jsou žlutou barvou vyznačena ohniska a pomocí černého bodu případy šíření choroby. V Africe byla cholera v roce 2008 rozšířena, až na dvanáct zemí, skoro po celém kontinentu. Mezi země, ve kterých nejsou hlášena ohniska nákazy se řadí Egypt, Libye, Tunisko, Maroko, Alžírsko a Západní Sahara země ležící na severu Afriky. Další tři státy (Burkina Faso, Středoafrická republika a Gabon) patří do střední Afriky. Na jihu kontinentu nalezneme zbývající tři území Botswana, Pretoria a ostrov Madagaskar.

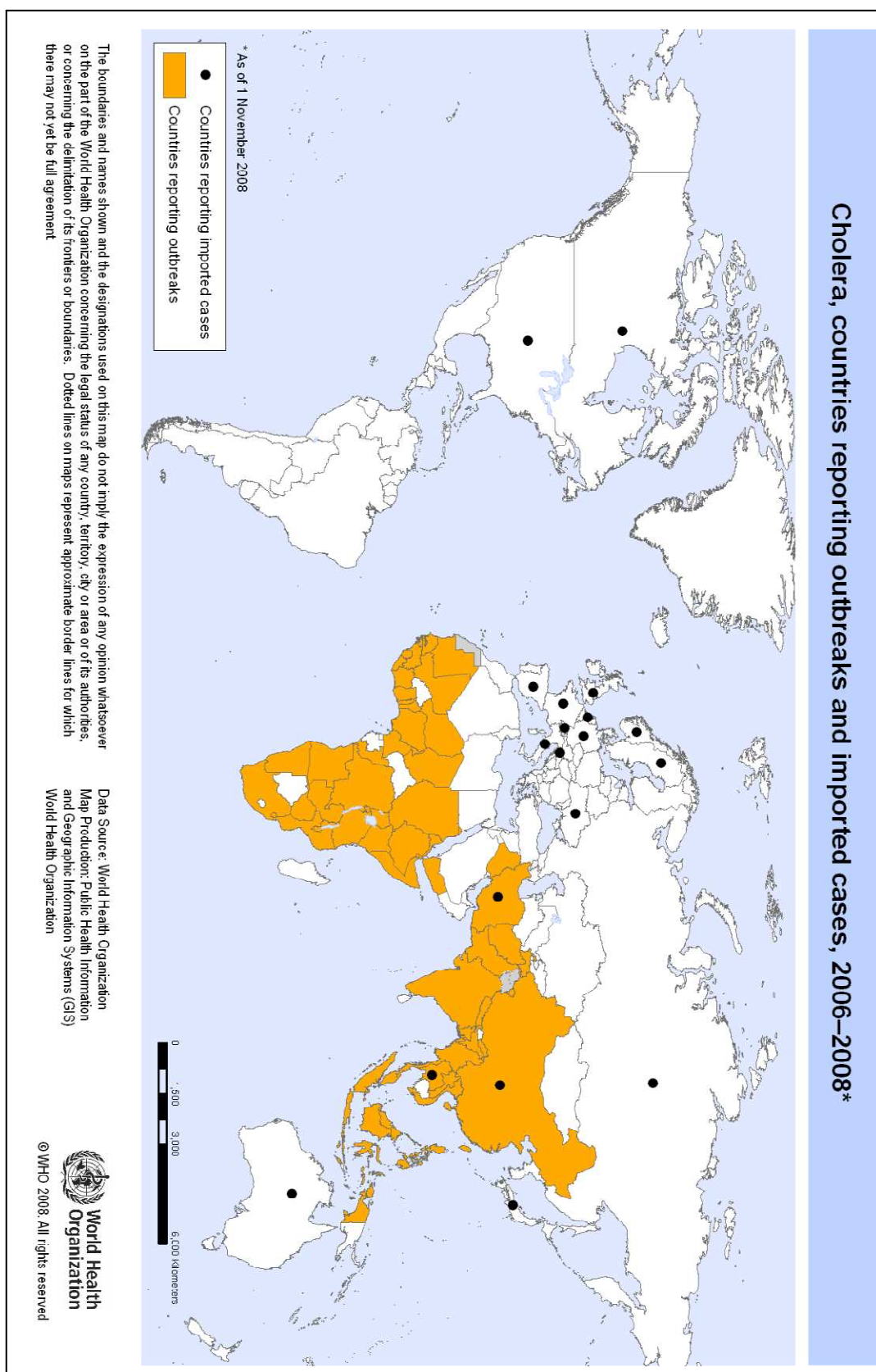
Dalším kontinentem s výskytem ohnisek cholery je Asie, kde je sužována nemocí převážně její střední, J, JV část území.

Častými příčinami vzniku a šíření cholery jsou nízká zdravotní úroveň, ekonomická a politická krize, nedostatek pitné vody aj. Na obrázku jsou vidět ženy ze Zimbabwe, které nosí v kanistrech podzemní vodu z Harare.

8.1.2009 zde vypukla další epidemie cholery. Podle WHO již zemřelo 1518 lidí a celkem bylo zjištěno 26.497 případů onemocnění. Úmrtnost nakažených stoupla ze čtyř procent na 5,7 procenta, přičemž při řádné zdravotní péči by úmrtnost neměla přesáhnout jedno procento, uvedl mluvčí organizace Paul Garwood.

Další podrobnosti o této nemoci naleznete v kapitole voda, zde se zmiňují o Etiopii, zemi s nedostatkem pitné vody.

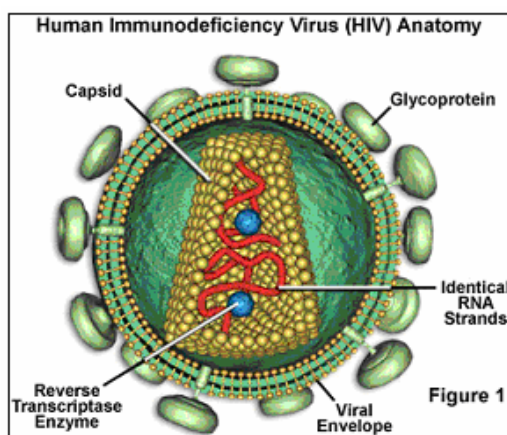
Mapa 25.7: Země hlásící ohniska a případy šíření cholery v letech 2006 – 2008.



1.1.3.5 AIDS

Zkratka AIDS představuje získané imunodeficienci (AIDS – acquired immunodeficiency syndrome) vzniká následkem destrukce imunitního systému při infekci HIV (LOBOVSKÁ, 2002).

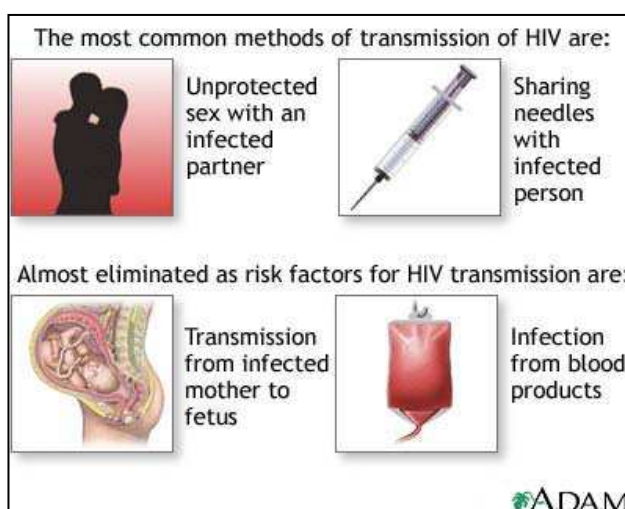
Obr.26.3:Anatomie viru HIV



Zdroj dat: <http://micro.magnet.fsu.edu/cells/viruses/hivvirus.html>

Přenos této nemoci je možný třemi cestami, první cestou je parenterální přenos, virus HIV je přenesen krevní cestou při transfuzi, kontaminovanou jehlou. K vertikálnímu přenosu dochází když je těhotná žena HIV pozitivní, dále při porodu a výjimečně i při kojení. Poslední cestou je sexuální přenos..

Obr.26.4:Cesty přenosu viru HIV





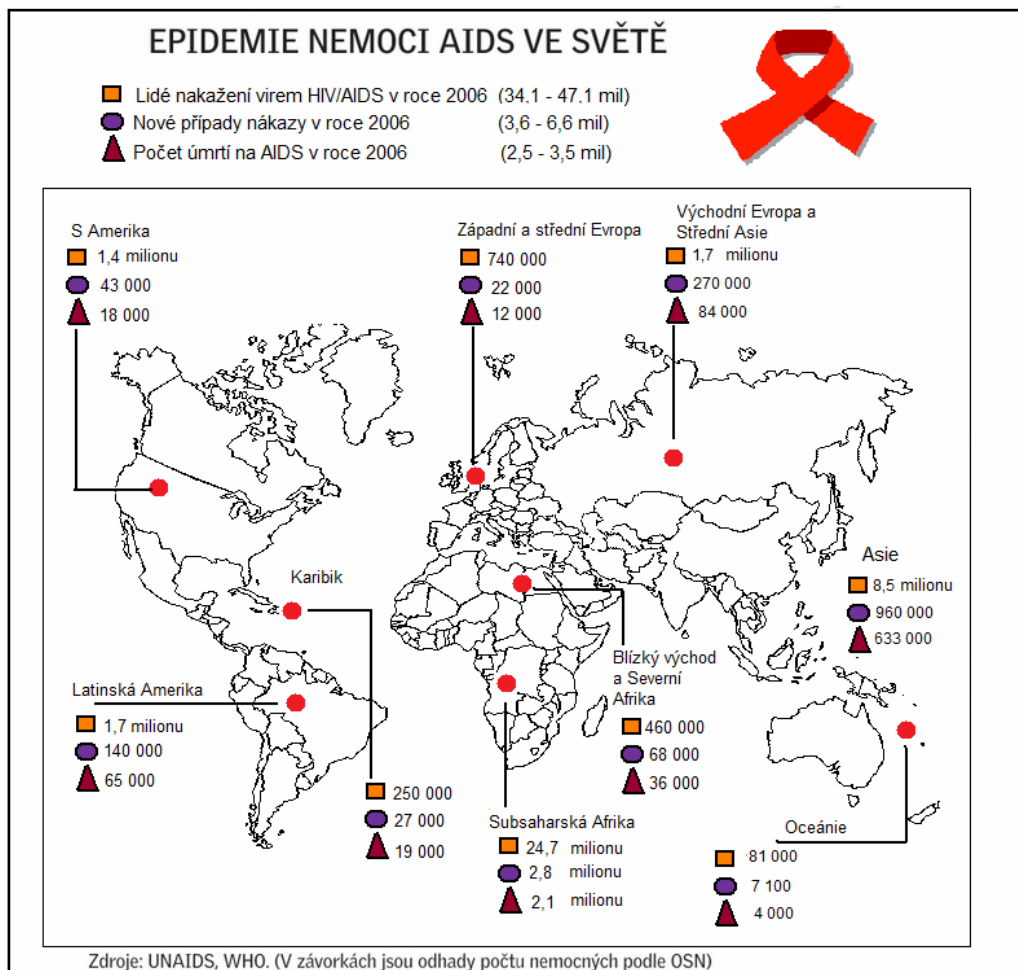
Červená stužka (angl. „Red ribbon“) je mezinárodním symbolem uvědomělosti a informovanosti ve vztahu k problematice HIV/AIDS, což vysvětluje i její začlenění do loga jak Světového programu boje proti AIDS, který má zkratku UNAIDS (angl. United Nations Joint Programme on HIV/AIDS), tak i českého Národního programu boje proti AIDS. Červená stužka bývá běžně k vidění na klopách sak nebo na jiných částech oděvů jako symbol solidarity a spoluúčasti s lidmi infikovanými virem HIV.

Úmrtnost je nejvyšší v zemích subsaharské Afriky a nadále stoupá. Naopak klesá v jihovýchodní Asii. Nejrizikovější skupinou zůstávají chudí lidé. Nemají přístup k léčbě a trpí podvýživou, která průběh nemoci zhoršuje.

Na světě dnes žije více než 40 milionů lidí nakažených virem HIV nebo již s chorobou AIDS. Zhruba 23,5 milionů přitom obývá země subsaharské Afriky, kde se tedy hovoří přímo o pandemii. Co do počtu nakažených a nemocných je na tom nejhůř Jihoafrická republika a Indie. Ženy tvoří téměř polovinu z celkového počtu nakažených ve věku 15-49 let, nicméně v subsaharských státech dokonce 57%. Příčinou vysoké koncentrace HIV/AIDS mezi ženami je jejich nerovné postavení vůči mužům. Navíc - jako nakažené zažívají mnohem větší diskriminaci než muži.

V rozvojových zemích převážnou většinu obyvatel tvoří mladiství nebo mladí dospělí. Mládež je náchylnější k rizikovému chování (riskantní sexuální chování, užívání drog), když se k tomu přidá nedostatek vzdělání, přesun obyvatelstva a společenské změny, dochází k rozšíření jak AIDS, tak i jiných nákaz. Velký problém nastává pokud se mladým lidem ještě navíc nedostává zaměstnání a potravy

Obr.28.5: Epidemie nemoci AIDS ve světě v roce 2006.

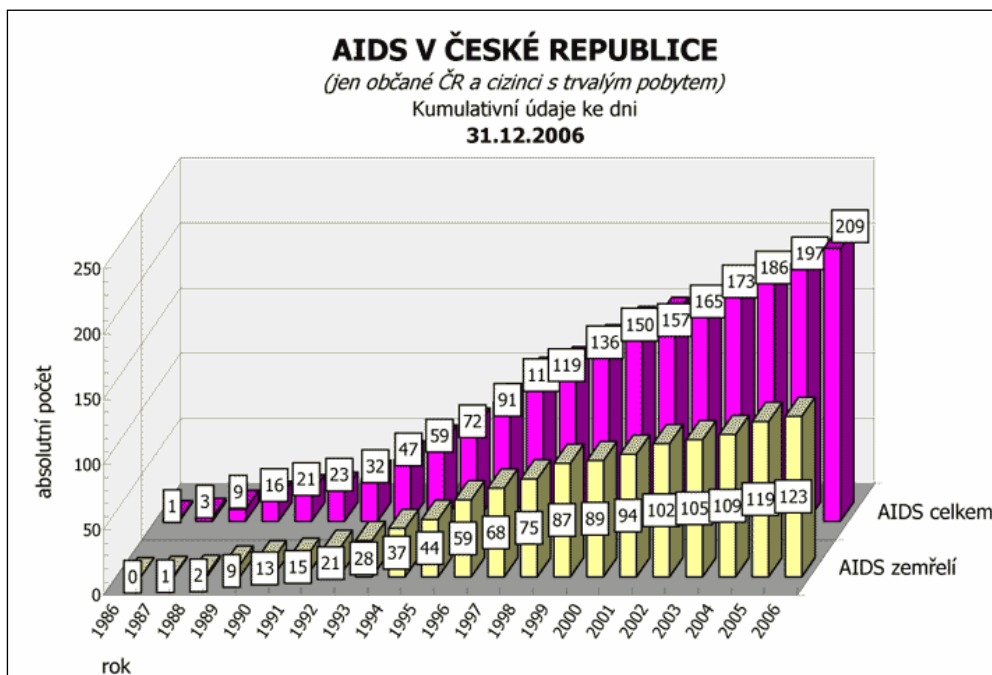


AIDS a HIV Infekce v České republice

V grafu jsou vyjádřeny absolutní počty onemocněných obyvatel AIDS a absolutní počty zemřelých v České republice od roku 1986 do r. 2006. Hodnoty obou ukazatelů postupně narůstaly od r. 1986 do r.1994, od tohoto roku dochází k rychlejšímu vzestupu absolutních počtů nemocných trpících AIDS. Změna byla zapříčiněna změnou životního stylu, zvýšila se migrace, došlo k uvolnění morálky ve společnosti.

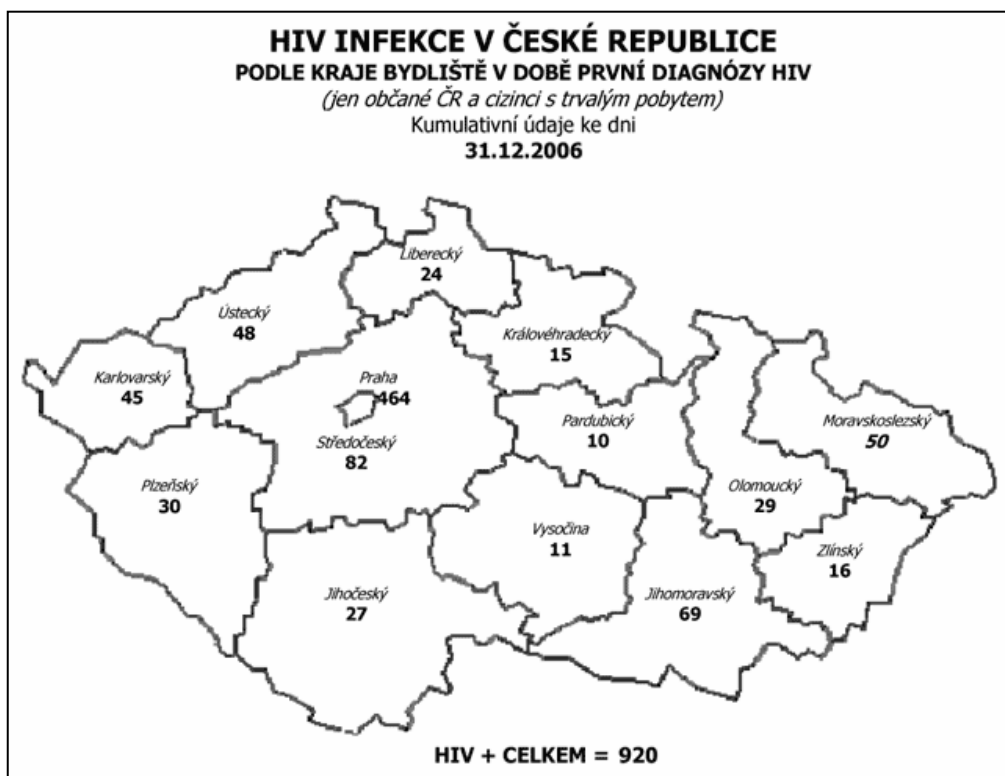
V roce 2006 byl rozdíl mezi ukazateli skoro dvojnásobný. I když je informovanost o AIDS vyšší než tomu bylo dříve, stále dochází k nárůstu úmrtnosti.

Graf 29.1.:AIDS v České republice v roce 2006.



Zdroj dat:<http://www.aids-hiv.cz/karrt730x560.html>

Kartogram 29.1:HIV infekce v České republice v roce 2006.



Zdroj dat:<http://www.aids-hiv.cz/karrt730x560.html>

Celkem bylo v ČR v roce 2006 infikováno virem HIV 920 obyvatel. Nejvíce obyvatel nakažených virem HIV (464) se nacházelo v hlavním městě Praze, kde docházelo a stále dochází k nejvyšší imigraci cizinců. Druhou nejvyšší hodnotu (82) HIV pozitivních obyvatel má Středočeský kraj. O něco lépe je na tom Jihomoravský kraj s 69 obyv. s HIV. V Moravskoslezském, Ústeckém a Karlovarském kraji se hodnota pohybuje kolem 50 nakažených. Nejnižší počet HIV pozitivních je vidět v Pardubickém kraji (10)

1.1.3.6 SARS — Severe Acute Respiratory Syndrome (těžký akutní respirační syndrom)

SARS je závažné respirační onemocnění probíhající převážně jako těžká atypická pneumonie, komplikovaná respirační insuficiencí, případně ARDS (KYNČL J., OTAVOVÁ M., 20.5.2003).

Obr.30.6: Sars Outbreak



Zdroj dat: <http://scrapetv.com>

Infekce začíná obvykle vysokou teplotou (nad 38°C), bolestmi hlavy, celkovou únavou. Po 2-7 dnech se přidružuje suchý kašel a dýchací obtíže. U většiny postižených se vyvíjí zápal plic. Původce nákazy (zvláštní druh koronaviru) se šíří zejména kapénkovou infekcí při úzkém kontaktu s nemocnou osobou, případně prostřednictvím různých předmětů potřísněných sekrety dýchacích cest, jinými tělesnými tekutinami nebo stolicí. Je možné, že k šíření nákazy dochází dalšími, dosud neobjasněnými způsoby. Inkubační

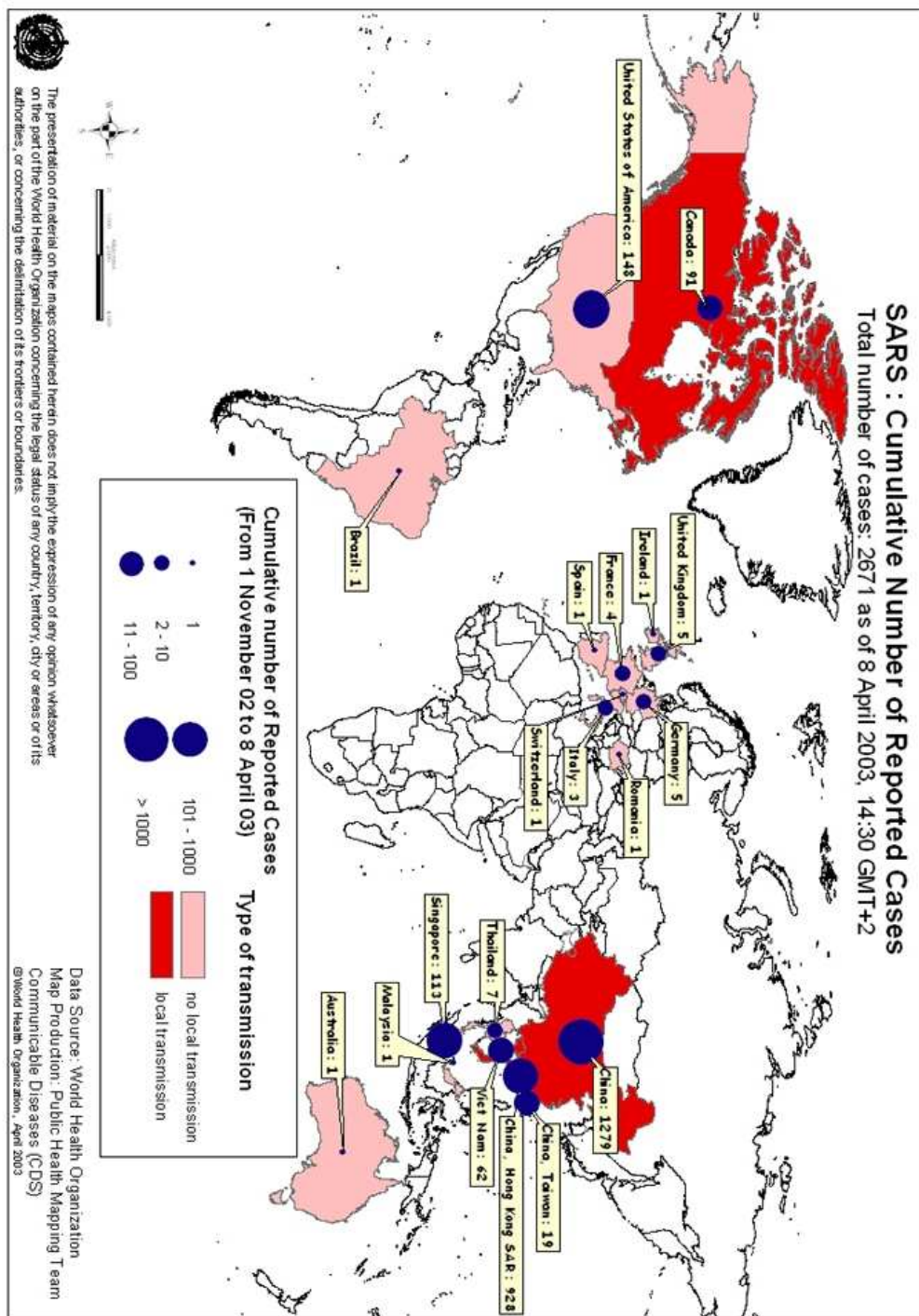
doba SARS, tj. časový interval, který uplyne od nákazy virem k prvním projevům onemocnění, činí 2 - 7 dní, v některých případech až 10 dní.

Někteří odborníci se domnívají, že původce SARS byl na člověka přenesen prostřednictvím některých zvířat, toto tvrzení však dosud prokázáno nebylo. V současné době se v této souvislosti zvažuje úloha cibetek, a to z toho důvodu, že u těchto drobných šelem, chovaných zejména v Číně byl opakovaně původce SARS prokázán.

První případy onemocnění byly zjištěny v únoru 2003 v Číně (provincie Guangdong). K 8. 4. 2003 bylo celosvětově evidováno 2671 případů onemocnění. Nejvýznamnější ohniska byla identifikována v Číně, v Hong Kongu a v Singapuru. Další nejvyšší počty byly zaznamenány v USA a v Kanadě, v zemích (Brazílie, Francie, Velká Británie, Španělsko, Itálie, Německo, Polsko, Švýcarsko, Rumunsko, Malajsie, Thajsko a Austrálie) se jedná většinou o jednotlivé případy. Téměř vždy se jednalo o osoby, které přicestovaly z rizikové oblasti nebo osoby v úzkém kontaktu s nimi (např. rodinní příslušníci, zdravotníci).

V lokalitách s místním šířením (local transmission) onemocnění bylo k 8. dubnu 2003 celkově evidován následující počet případů: Čína 1279, Čína (HongKong) 928, Singapur 198, Kanada 91 a Vietnam 62.

Mapa 32.8: SARS: kumulativní počet hlášených případů v roce 2003.



1.1.3.7 Ptačí chřipka

Ptačí chřipka (poangl. Aviární influenza, dříve také klasický mor drůbeže) je onemocnění ptáků způsobované chřipkovými viry typu A, které postihuje primárně ptactvo a pouze výjimečně může být přeneseno na některé druhy savců.

Podtypem chřipkového viru typu A je i vir ptačí chřipky H5N1. Hostitelem tohoto viru jsou ptáci, jak ti divoce žijící, tak i drůbež v chovech. První zmínky o viru jsou z Itálie z počátku minulého století, virus byl poprvé izolován v Jižní Africe v roce 1961.

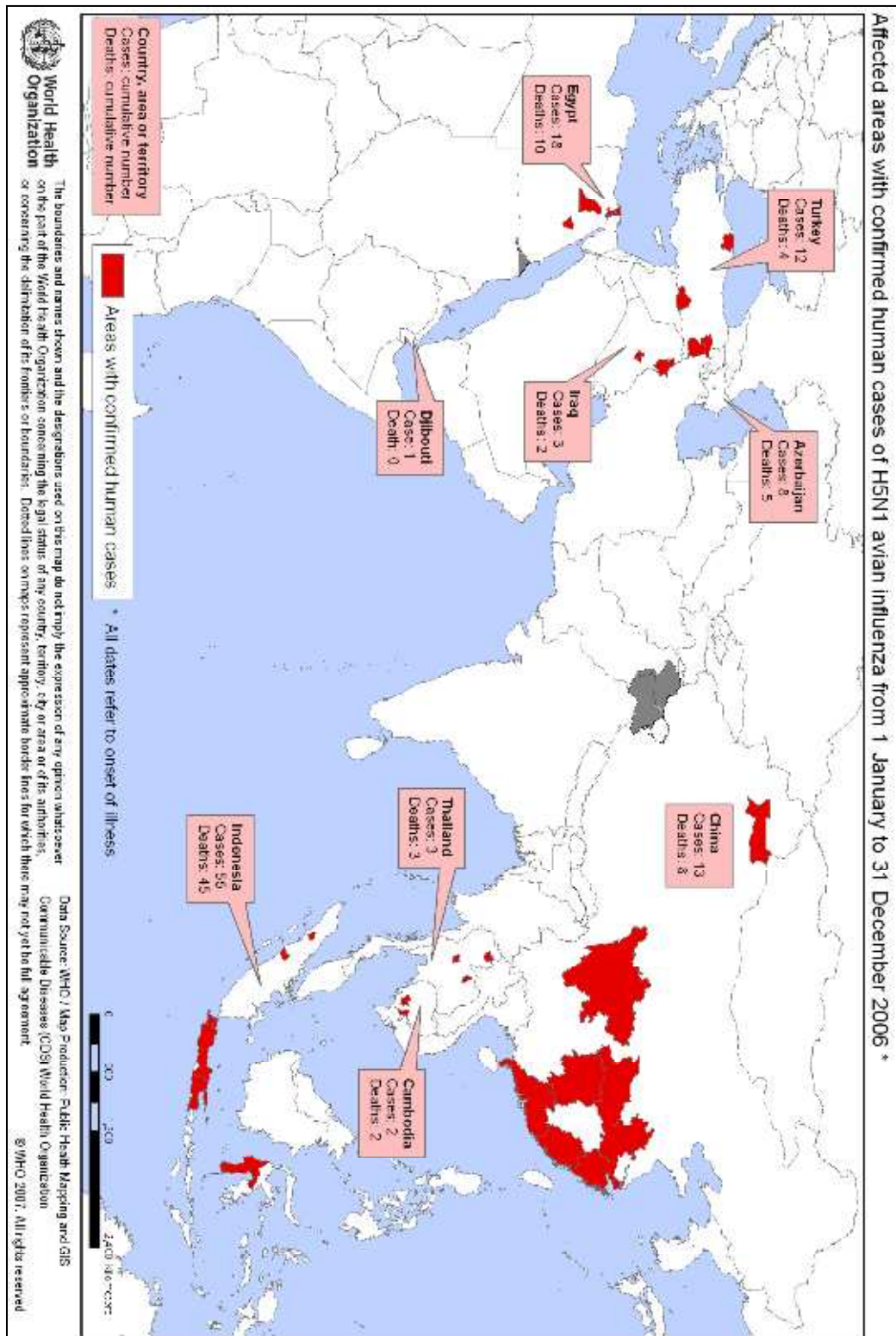
Přenosu viru H5N1 na člověka je znepokojující zejména proto, že rychle mutuje, a proto se může změnit do podoby, která je vysoce infekční pro člověka a snadněji se tak šířit. H5N1 má na svědomí již velké množství vážných onemocnění a úmrtí u lidí. Narozdíl od běžné sezónní chřipky, kdy se infekce projeví mírnými dýchacími obtížemi, je infekce H5N1 příčinou velmi vážného stavu pacienta, který vede velmi rychle k rozvratu životních funkcí a jeho úmrtí. Velmi častý je virový zápal plic a multiorgánové selhání. Ze statistik vyplývá více než padesátiprocentní úmrtnost při infekci tímto virem. Mnoho případů je z řad zdravých dětí a adolescentů.

Tab.33.2: Kumulativní počet případů onemocnění virem H5N1 a potvrzených lidských úmrtí na ptačí chřipku (H5N1) 30.března 2009

Pořadí	Název země	Počet případů onem.	Pořadí	Počet úmrtí
1	Indonésie	141	1	115
2	Vietnam	109	2	54
3	Egypt	60	4	23
4	Čína	38	3	25
5	Thajsko	25	5	17
6	Turecko	12	8	4
7	Ázerbajdžán	8	7	5
7	Kambodža	8	6	7
8	Irák	3	9	2
8	Pákistán	3	10	1
9	Laoská lidově demokratická republika	2	9	2
10	Bangladéš	1	0	0
10	Džibuty	1	0	0
10	Myanmar	1	0	0
10	Nigérie	1	10	1

Zdroj dat: www.globalhealthfacts.org/topic.jsp?i=14 - 216k –

Mapa 34.9: Potvrzení výskytu lidských případů H5N1 v postižených oblastech od 1.ledna do 31. prosince.



V mapě jsou červenou barvou vyznačena postižená místa. Ve kterých se potvrdil výskyt lidských případů viru H5N1 ptačí chřipky od 1.ledna do 31.prosince. Skoro všechna postižená místa se nacházejí na euroasijském kontinentu, zbylých osmnáct případů je v Egyptě.

1.1.3.8 Hepatitida

Hepatitida (hepatitis) je zánětlivé onemocnění jater převážně virového původu. V současné době je známo mnoho druhů virů napadajících játra (hepatotropní viry). Nejdůležitější viry z této početné skupiny, jsou viry vyvolávající virové záněty jater. Jsou označovány písmeny A, B, C, D a E a vyvolávají stejnojmenné hepatitidy:

Tab.35.3:Přehled virů vyvolávající zánět jater a jejich možný přenos.

	Hepatitida	Hepatitida	Hepatitida	Hepatitida	Hepatitida
	A	B	C	D	E
Přenos	Potravinami nebo vodou, například při kontaminaci vodního zdroje fekáliemi nebo při nedostatečné osobní hygieně.	Krví, například při pohlavním styku, sdílení injekční stříkačky a z matky na dítě.	Krví, například při transfúzích léků a sdílení injekční jehly.	Krví. Neúplný virus, který potřebuje přítomnost viru hepatitidy B.	Potravinami nebo vodou, například při kontaminaci vodního zdroje nebo při nedostatečné osobní hygieně.

Zdroj dat: en.wikipedia.org/wiki/Hepatitis

Hepatitida A je způsobeno nákazou virem hepatitidy A (HAV), virus poprvé zjištěn elektronovým mikroskopem v roce 1973.

Všechny tyto viry mohou způsobit akutní onemocnění s příznaky, trvající několik týdnů, včetně žloutnutí kůže a očí (žloutenka), tmavá moč, extrémní únava, nevolnost, zvracení a bolesti břicha. To může trvat několik měsíců až jeden rok, aby si znovu zapadají.

V rozvojových zemích se špatnými hygienickými podmínkami v oblasti životního prostředí, téměř všechny děti jsou infikovány HAV před dosažením věku 9 let. Existuje značné podcenění případů hepatitidy typu A v těchto oblastech, protože HAV infekce u malých dětí je většinou symptomatická, a tedy nerozpoznaná.

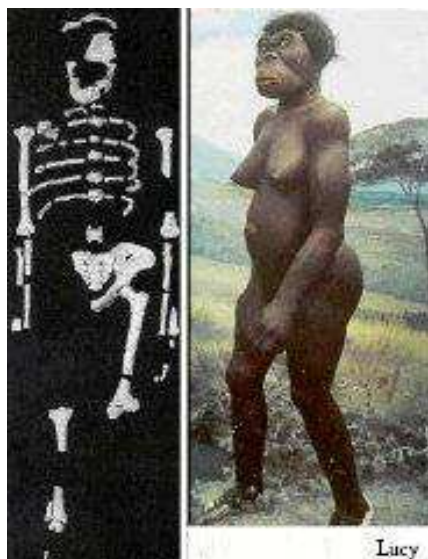
1.1.4 Vývoj problému do současnosti

Se vznikem života na Zemi, který se odhaduje asi na 4,5 miliardy let, se objevují zárodky nemocí. Infekce byla paleontology zjištěna u fosilní rostlin, hub a prehistorických medúz v období asi před půl miliardou let. Bakteriální infekcí byly nakaženi dinosauři, vypovídají o tom jejich kosti staré 250 milionů let.

S vývojem lidského druhu souvisí vznik a šíření chorob. Jak a kde člověk vznikl? Touto otázkou se ve dvacátém století zabývalo mnoho vědců. K řešení přispěli dva paleontologové Mary Leakeyová a Grant Johansen, kteří v šedesátých a na počátku sedmdesátých let dvacátého století učinili důležité objevy ve východoafrických příkopových propadlinách na okraji dnešní Keni a Tanzanie. Mary Laekeyové se podařilo objevit stopy raného člověka *Homo habilis*.

Později Grant Johansen rozptýlil všechny hypotézy o místě objevu nejstarší lidské bytosti, tím že našel miliony starou část kostry 122 centimetrů vysoké ženy. Tento hominid byl pojmenován Lucy podle písně od skupiny Beatles „Lucy in the Sky with Diamonds“, která hrála právě při tomto významném objevu v archeologickém táboře. Hominidi jsou čeledí primátů, i když přesně nevíme, jak k tomu evolučnímu vývoji došlo (NORMAN F.CANTOR, 2001).

Obr.36.7.:Lucy



Zdroj dat:<http://druidova.mysteria.cz/>

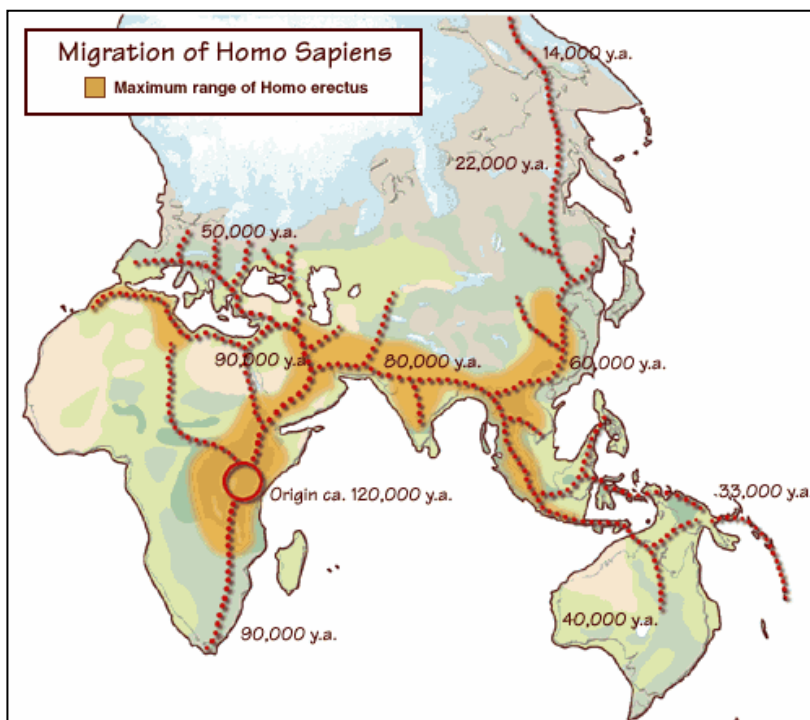
TAJEMNO/Chozeni.htm

Východní Afriku můžeme pokládat za kolébkou lidstva, ale i místem vzniku infekčních chorob. Prehistorické nálezy nesou rovněž stopy chronických infekcí, jako např. zubního kazu a paradentózy. Na kosterní pozůstatcích byly patrné artrotické a artritické změny, jakožto důsledek nejen stárnutí a přetěžování, ale i chronické infekce. Existovala i epidemická onemocnění, která stopy na kostech nezanechala, možná postihovala prehistorické druhy savců masivně, ba přispěla i k jejich vymření.

V období zhruba před pěti miliony let došlo k sestupu lidských předků z korun stromů na zem, důsledkem bylo nejspíš nastupující období sucha v subtropických oblastech Afriky, kdy došlo k vytlačování pralesů stepí. Změna, která se udála u našich předchůdců zapříčinila převrat ve způsobu života, ve složení potravy a vzniku dosud neznámých chorob. Hominidi, zvaní Australopitékové získávali parazity z masa i trusu stepních býložravců a hrozbou zde byla Moucha tse-tse. Brzy se rozdělili ve dvě vývojové větve, což přineslo další změny. Pro nás je důležitý druhý typ, tak zvaný štíhlejší glaciální, jehož přímými potomky zřejmě jsme. Stal se všežravým, nejdříve se živil sběrem a později se začal věnovat lovu. (NORMAN F.CANTOR, 2001)

Z důvodu měnícího se životního prostředí docházelo k šíření lidského druhu a chorob z Afriky do ostatního světa. Migrace lidstva začala z oblasti Keni přes Súdán do nilské delty. Homo Sapiens před devadesáti tisíci lety osídlil Blízký východ. Dále se přesunul do Indie, po překročení území se vydal dvěma směry, první cesta směřovala do Austrálie, kam se Homo Sapiens dostal před 40 000 lety. Za to druhá cesta se ubírala opačným směrem přes Čínu, Mongolsko až k poloostrovu Kamčatka.

Obr.38.8: Migrace Homo Sapiens



http://www.osel.cz/index.php?obsah=6&akce=showall&clanek=2566&id_c=85722

Zhruba před deseti tisíci lety došlo ke změně způsobu života lidí, nastal technologický pokrok tzv. „agrární“ či „neolitická“ revoluce, která měla za následek usazování lidských tlup nejdříve v osadách a později ve městech.

Pojem neolitická revoluce byl poprvé užit roku 1936 archeologem australského původu Vere Gordon Childem. Při delším pobytu na jednom místě se kolem tábořišť hromadily odpady, kosti a výkaly. Do okolí lidských sídel se začaly stahovat hlodavci a mrchožrouti přinášející další nové infekce. Současně s tímto jevem docházelo k domestikaci zvířat. Prvním domestikovaným zvířetem se stal vlk nebo šakal, postupným šlechtění vznikaly různé rasy psa. Stejný nárůst nemocí následoval po domestikaci každého dalšího živočišného druhu. Lidé a zvířata žili společně, hráli a pracovali spolu, močili a defekovali na stejných místech, tak docházelo k onemocnění vzteklinou a přenášení zvířecích parazitů.

Existují dva hlavní kmeny bacilů tuberkulózy a to *Mycobacterium bovis* existoval u volně žijícího hovězího dobytka a vyvolávala u něj jen malé či žádné příznaky. *Mycobacterium tuberculosis* se množí lidských plicích a je

přenosná z člověka na člověka. Nejvíce M. Tuberculosis vyskytovala mezi městskou chudinou, podléhali ji lidé mladí, špatně živení a vyčerpané těžkou prací. Plicní tuberkulóza se rozšířila do Asie, Blízkého východu i Řecka, kde ji popsal Hippokrates.

Člověk se dostal na vrchol potravinového řetězce Země a způsobil tak mnoho změn. V 10. nebo v 9. tisíciletí př. n. l. došlo v oblasti tzv. úrodného půlměsíce (tj. v oblasti dnešní Palestiny, Sýrie, Turecka, Íránu a Iráku) ke změnám ve způsobu získávání obživy. Lidé postupně začali sami účelově pěstovat obilí a chovat dobytek (ovce, kozy, hovězí dobytek). Přejít na zemědělství a usedlý způsob života znamenal vzestup počtu onemocnění a úmrtí na infekční choroby.

V mladší době kamenné byli zemědělci často napadáni parazity z čeledi červů a mikrobiálními nákazami. Hemilozy (nákazy červy) měly u lidí za následek celou řadu příznaků, od mírné chudokrevnosti v důsledku trvalých malých ztrát krve a živin až po těžké oslabení, které vedlo k smrti. J. F. A. Sprint nazývá tyto parazity „dědičnými druhy“, tj. zděděnými po prvních primátech.

Nejspíš právě kombinace podvýživy s parazitární infekcí definitivně podkopala existenci říše Majů a dodnes přispívá k tělesnému oslabení jejich přímých potomků v Mexiku a Guatemale. (KARLEN A., 1997)

Zdrojem infekce pro lidi mladší doby kamenné však nebyla jen zdomácněná zvířata. Při kultivaci půdy, pěstování plodin a zřizování pastvin docházeli zemědělci do kontaktu s různými živočišnými druhy, s nimiž se dříve setkali jen náhodně. Tak tomu bylo i v Africe, když lidé začali mýtit do té doby panenský prales a nakazili se hemorhagickými horečkami od opic a divoce žijících krys. Stejným způsobem mohlo dojít k získání AIDS od opic. (NORMAN F. CANTOR, 2001)

Zásahem do přírody se měnilo životní prostředí. Když začali lidé v Africe kácet a vypalovat deštný prales kvůli obdělávání půdy, velmi poškodili obvyklá sídliště komára, přenašejího prvoka Plasmodium Ovale, způsobujícího mírnou formu malárie. Na jeho místo nastoupil agresivní druh moskyta Anopheles Gambiae, rozmnožující se v malých rybníčcích a loužích stojaté vody na polích. Přenáší zhoubné Plasmodium falciparum vyvolávající maligní terciální malárii. Tento původce má na svědomí až 95% úmrtí na malárii. Dříve malárie nebyla omezena jen na

tropy, jak si mnoho Američanů myslelo. Vyskytovala se po celé Evropě a zasahoval až k severnímu polárnímu kruhu.

Když se zemědělci a obyvatelé vesnic začali stahovat do velkých měst, stávali se kořistí choroboplodných zárodků. Mnoho obyvatel zemřelo v té době na neznámé choroby – spálu, neštovice, spalničky, příušnice, tyfus, mor a chřipku. První stotisícová města vznikala v úrodném údolí mezi Eufratem a Tigridem v Mezopotámii, další v údolí Nilu v Egyptě, podél řeky Indus v Indii a na březích Žluté řeky v Číně. Intenzivní způsob hospodaření později stejným způsobem vedl ke vzniku velkých měst v Peru a střední Americe.

V době starověku se Hebrejská bible zmiňuje o pandemii. Dříve bylo takové onemocnění které postihovalo třeba i celý národ židů bráno jako Hospodinův trest.

Epidemie měli velký vliv na vývoji válečných sporů, tak tomu bylo i v peloponéské válce mezi Spartou a Aténami. V Aténách ve čtvrtém století před Kristem vypukla pandemie. Smrtelná nákaza zapříčinila smrt aténskému vůdce Periklese a také přispěla k porážce Atéňanů se Spartou. Mnozí z historiků se domnívali, že šlo buď o neštovice nebo dýmějový mor, který byl zavlečen Atéňany do jejich vlasti, když s oblibou navštěvovali Egypt.

Smrtelné pandemie a opakující se mor nepříznivě ovlivňovala historii Římské říše neboli starověké středomořské civilizace, která zabírala území od Libanonu pod Skotsko, od Vídně přes Tunis až k severoafrickému Zagrebu, od Paříže k jižní hranici Egypta a Súdánu. V letech 250 až 450 zde proběhla pandemie kapavky a neštovic, od roku 540 do roku 600 dýmějový mor. Neštovice patří k infekčním chorobám, které v době vládnutí římské říše napomohli vpádu barbarů. Tato vysoce vzdělaná a vynalézavá civilizace s etnicky rozmanitým obyvatelstvem se v polovině sedmého století zhroutila a nahradila ji barbarská království.

Zhruba kolem let 250 až 650 bylo celé Středozevní vystaveno vlnám pandemií, které nejméně o čtvrtinu zredukovali počet obyvatel a způsobily tíživý nedostatek pracovních sil ve společnosti, jejichž produktivita závisela téměř výhradně extenzivním využívání lidského pracovního potenciálu. (KARLEN A.,1997)

V šestém století zasáhl velký mor Justiniánův Konstantinopol a další velká města Středomoří. Lidé umírali denně po tisících, všude vládl chaos a bezmoc. Mrtvé už nebylo kam pohřbívat, proto je nakládali na vory a vypouštěli na moře. V té době v Konstantinopoli vládl Justin I., který vybudoval armádu a loďstvo pro záchranu severní Afriky a Itálie před germánskými obyvateli. V polovině sedmého století došlo vpádu muslimských vojsk ze Saudské Arábie do země. Konstantinopol se udržela až do roku 1453 i když byla po celou dobu pod muslimským obléháním.

Mor začal postupovat z příměstských měst do vnitrozemí, kde zasáhl Španělsko, Itálii, Británii, Francii i Dánsko. Po roce 590 po Kr. se mor po dobu sto padesáti let objevoval jen zřídka v podobě malých epidemií. Jih Evropy byl oproti severu více zasažen nejrůznějšími nákazami, a proto se začal opožďoval v růstu populace po celá následující staletí. Dýmějový mor se rozšířil se do Persie, Arábie, Indie, jihovýchodní Asie a v roce 610 po Kr. se dostal až do Číny, kde řádil dalších dvě stě let.

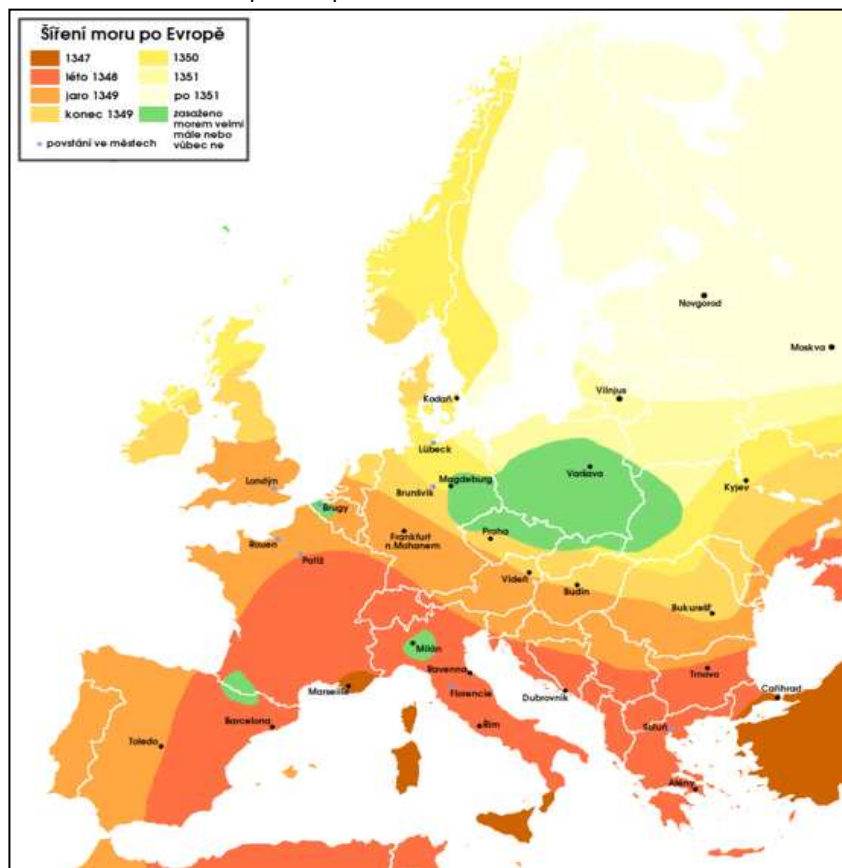
V období let 800 až 1300 došlo ke klimatickým změnám, k rozvoji městského života, obchodních aktivity středověké Evropy, zúrodnování půdy. Tyto faktory měly vliv na absenci epidemií a proto docházelo k vzestupu populace, která se zvýšila čtyřnásobně.

Kolem roku 1340 se kmen bakterie antraxu, neboli sněti slezziné přenesl ze zvířete na člověka.

V roce 1348 byla zaznamenána další pandemie moru a vyžádala si asi 25 mil.obětí. Nemoc byla tehdy pojmenována jako černá smrt. Nemoc se šířila do italských přístavů a na Sicílii, dále byla loděmi na kterých se také nacházely nemocní hlodavci zavlečena až do Anglie přes přístav Weymount.

Šíření moru po Evropě začalo v Italských přístavech a na Sicílii v roce 1347 -1348, během roku 1348 a 1349 se rozšířil do jižní Francie a z ní na Pyrenejský poloostrov, na sever Francie a na Britské ostrovy, ale také na sever od Alp do jižního Německa a středního Podunají. Na Balkán se souběžně šířila nákaza z Řecka. Koncem roku 1349 již byla morem nakažena polovina Evropy. Do roku 1352 se pak dostala nákaza i do severovýchodní Evropy, východních částí Skandinávie a skončila ve východní Evropě. Jen nemnohé oblasti zůstaly moru ušetřeny, zejména kvůli řídkému osídlení nebo izolaci od obchodních cest.

Obr.42.9: Šíření moru po Evropě od r. 1347 – 1352.



Zdroj dat: http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Pestilence_spreading_1347-1351_europe.cs.png

V patnáctém století začali Evropané kolonizovat Afriku, tímto krokem vyvolali spoustu změn. Nutili lidi žít v místech zamořených mouchou tse-tse, která je přenašečem spavé nemoci a tak způsobili obrovské epidemie. Jedna taková epidemie snížila populaci Ugandy z 6,5 na 2,5 milionu.

První pandemie cholery skončila v roce 1823. V roce 1826 vypukla druhá podél obchodních a vojenských cest se rozšířila do Afghánistánu, Persie a na jih Ruska. O čtyři roky později postihla první evropské město Moskvu, pokračovala dále do Polska a Německa a odtud po lodích do Anglie. V tehdejších evropských městech lidé žili namačkáni v malých komůrkách, vlhkých a nevětraných obydlích. Místy se hromadily odpadky a zvířecí hnůj. U většiny domů se nacházela žumpa, která se vypouštěla na ulici nebo do otevřených jam. Odpad z vaření, praní, z nemocnic, koželužen a hřbitovů kontaminoval spodní vodu nebo končil v řece. Z Temže se brala většina pitné vody pro Londýn, tak se město mylo a vařilo ve vlastní špíně. V roce 1868 se cholera v Anglii objevila po třetí. Počet nemocných a mrtvých byl nižší díky systému zlepšení péče zásobování vodou.

Vytvořily se tři skupiny vědců, kteří mají různý názor na vznik onemocnění HIV. První skupina badatelů tvrdí, že ve třicátých letech minulého století došlo k přenosu viru AIDS ze zvířete na člověka, kdy lidé v dnešní Konžské republice pojídali šimpanzí maso. Druhá skupina vědců je přesvědčena, že stejně dlouho je také celosvětově rozšířen a že už v minulosti vyvolával sporadické případy onemocnění a lokální miniepidemie u lidí. Poslední skupina upřednostňuje názor, že virus HIV existuje již po staletí u izolovaných Afrických kmenů, které se mu dokázaly přizpůsobit. Virus se podle této teorie později náhodně rozšířil na jiné lidské skupiny, které se s ním dosud neselektovaly (NORMAN F.CANTOR, 2005).

Onemocnění se začalo šířit už v šedesátých letech v Africe. V osmdesátých letech se nemoc projevila v USA. V roce 1985 se už nákaza AIDS stala skutečnou pandemií. Začátkem devadesátých let došlo k epidemii v Evropě, tak v Asii i Latinské Americe.

V roce 1993 byl nalezen nový kmen *Vibria cholera* v Indii a v Bangladéši, který usmrtil pět tisíc životů. Dostal název kmen 0139 a to znamená 139. objevený kmen. Rychle se rozšířil po celé Jihovýchodní Asii.

Nedodržení bezpečných očkovacích programů mělo za následek návrat spalniček (velká epidemie v letech 1989 až 1991) a černého kašle (výskyt v roce 1993 byl nejvyšší od roku 1967).

Národní institut pro medicínský výzkum v roce 1992 vybral radu odborníků, kteří měli za úkol zmapovat všechny nově se objevivší infekce na území Spojených států a vytyčila šest hlavních příčin zdravotního ohrožení:

změny demografických hodnot a změny chování lidí, mezinárodní turistický ruch a obchodní styk, změny technologie a rozvoj průmyslu, ekonomický rozvoj a změny ve využití půdy, selhání veřejných zdravotních opatření, adaptabilita a obměny schopnost choroboplodných zárodků.

V dnešní době je v Africe kvůli spavé nemoci omezen chov dobytku, v místech výskytu choroby dochází k úhynu až tři miliony kusů ročně.

První případy respiračního onemocnění SARS byly zjištěny v r. 2003 v Číně v provincii Guangdong.

Rozvoj dopravy velmi ovlivnil rychlost šíření chorob. Letecká doprava v současnosti představuje největší riziko přenosu infekcí. Pomocí letecké dopravy lze překonávat během několika hodin velké vzdálenosti, přemístí se velké množství lidí, potravin a zvířete. Tím pádem dochází k rychlejšímu šíření infekčních chorob do dalších částí světa.

Lodní dopravou byl zanesen dýmějový mor z Asie do Kalifornie, šlo už o třetí pandemii (NORMAN F.CANTOR, 2005).

Nárůst infekcí souvisí s rozvojem průmyslu, při výrobě průmyslových výrobků dochází k vypouštění plynných odpadů (oxid siřičitý a sírový a oxidy dusíku) a důsledkem je znečištěné ovzduší. U lidí dochází k respiračním nemocem, oslabení imunity a jiným chorobám. Když má člověk oslabený imunitní systém, tělo je napadeno mikroby, které se za normálních okolností vyskytují všude kolem nás a pro neoslabené tělo jsou neškodné.

Bohužel i s pokrokem medicíny dochází k nárůstu infekcí. Mezi invazivní postupy řadíme transplantace tkání, transfúze, neboli krevní převod a jiné zákroky, při kterých může dojít k přenosu viru HIV a HTLV (T-lymfotropní virus), původce hepatitidy typu B a C. V rozvojových zemích je pomocí transfúze často přenášena malárie, AIDS a jiné nákazy.

1.1.5 Vývoj do budoucnosti

V současnosti je malárií ohroženo 40 % světové populace. Jedná se především o obyvatele nejchudších zemí.

Podle WHO lidi jejich životní styl bude nadále natolik vyčerpávat, že nejčastější příčinou úmrtí i nadále budou deprese (téměř 10 %), s mírným odstupem mají být následovány srdečními chorobami a degenerativními chorobami nervové soustavy (obě příčiny kolem šesti procent). I další tři kandidáti, kteří se mají každý podílet na úmrtnosti pěti procenty, patří mezi problémy typické pro vyspělé civilizace plné dobře živených a nudících se lidí. Jedná se o úmrtí pod vlivem alkoholu, cukrovku a mozkové příhody. Rakovina má mít na svědomí kolem 3 % úmrtí.

Podle statistických předpovědí Světové zdravotnické organizace WHO se celosvětově sníží četnost úmrtí dětí do stáří pěti let na polovinu. Na druhou stranu se dvojnásobně zvýší počet obětí AIDS. Proto WHO ve své předpovědi uvádí, že za 30 let bude AIDS mít na svědomí plných 15 % smrtí. Nedostatečná zdravotnická síť, sociální i hygienické podmínky v nejchudších oblastech planety se podepisují i na úmrtnosti při porodech (6 %). Stejnou měrou (5 %) si ukončení života vyžádají dopravní nehody, srdeční choroby, pneumonie a deprese. 3 % ze všech smrtí budou mít na svědomí infekce zažívacího traktu a stejně tak i malárie a mozkové příhody.

1.2 Potrava a výživa

Rozdíly spotřeby potravin v různých oblastech a zemích světa jsou způsobeny přírodními podmínkami, úrovní zemědělství, vyspělostí společnosti a tradicemi.

Spotřebu potravin ve všech zemích a oblastech světa sleduje FAO - Food and Agriculture Organization (organizace OSN pro výživu a zemědělství se sídlem v Římě).

Potravinová bezpečnost znamená možnost získání potravin nepřetržitě a v množství dostatečném pro všechny občany, tak aby byl zabezpečen jejich aktivní a zdravý život.

Pojem potravinové bezpečnosti podle FAO zahrnuje:

1. Přiměřenou nabídku potravin, která má být zajištěna domácí produkcí alespoň do úrovně minimální fyziologické potřeby, import pak může poskytovat potraviny nad rámec této potřeby.

2. Stálost a spolehlivost dodávek potravin

3. Dostupnost základních druhů potravin pro sociálně slabé skupiny, tudíž zajištění

minimálního příjmu určeného na nákup potravin, který garantuje fyziologické minimum spotřeby pro všechny skupiny obyvatelstva. To znamená, že vládní orgány nejsou osvobozeny od starosti o zajištění prostředků na nákup potravin, což je obecně uskutečňováno cestou podpory v nezaměstnanosti. Kromě toho jsou poskytovány různé formy pomoci určené pro nejchudší skupiny lidí.

4. Potraviny musí být bezpečné, tedy prosté nečistot přesahujících přípustné normy dobré jakosti, což je předpokladem zdravé výživy

Mezi důležité mezinárodní organizace se řadí OSN - Organizace spojených národů - UN - United Nations, která vznikla 24.10.1945 podpisem Charty OSN v San Franciscu. Sdružuje 189 členských států (říjen 2000). Cílem OSN je trvalý mír, přátelské vztahy mezi národy, hospodářská spolupráce, humanitární program, podpora lidských práv a svobod a všeobecný rozvoj zemí světa. OSN má šest hlavních orgánů: Valné shromáždění, Radu bezpečnosti (USA, Rusko, Francie, Británie a Čína), Hospodářská a sociální rada, Poručenská rada, Mezinárodní soudní dvůr a Sekretariát.

Cíle OSN do roku 2015:

- snížit chudobu a sociální vyloučení
- dosáhnout univerzálního primárního vzdělávání
- prosazovat rovnost mužů a žen a poskytovat ženám více možností prosadit se ve společnosti
- snížit dětskou úmrtnost
- zlepšit zdraví matek
- boj s HIV/AIDS, malárií a dalšími nemocemi
- zajistit environmentální udržitelnost
- vybudovat globální partnerství pro rozvoj
- udržovat mezinárodní mír a bezpečnost

V roce 1974 vznikla revoluce OSN vyjadřující následující myšlenku: „Každý muž, žena i dítě má právo netrpět hladem a podvýživou, aby se nemohli plně vyvinout a udržet jejich fyzické a duševní schopnosti.“

Česká republika byla přijata v roce 1993, Československo bylo zakládajícím členem.

➤ Odborné organizace OSN

Dětský fond Organizace spojených národů

Do roku 1953 se nazýval Mezinárodní dětský fond neodkladné pomoci. Z anglického originálu tohoto názvu United Nations International Children's Emergency Fund vznikla zkratka UNICEF, která se používá dodnes. Sídli v New Yorku a má sedm regionálních kanceláří a zastoupení ve 158 zemích světa.

Celosvětová organizace zabývající se ochranou a zlepšováním životních podmínek dětí, která byla založena v roce 1946 jako reakce na utrpení dětí po II. světové válce.

U nás vznikl v roce 1991 Český výbor pro UNICEF, jako nevládní nezisková organizace na podporu Dětského fondu OSN v České republice.

Světový potravinový program

World Food Programme (WFP), je organizace sídlící v Římě, , která se zabývá potravinovou bezpečností. WFP byla založena v roce 1963, zaměřuje se na rychlou potravinovou pomoc ženám a dětem, ať už v případě živelných katastrof či války.

Rada pro světovou výživu – WFC

1.2.1 Nerovnost v přístupu k potravinám

„Potravinový problém je obecně považován za jeden z nejvýznamnějších problémů současného světa. Ve své podstatě představuje velmi široký komplex ekonomických, sociálních, demografických, technologických a politických aspektů výroby, rozdělování směny a spotřeby potravin. Potravinový problém je zdrojem napětí a znamená vážnou hrozbu dalšímu rozvoji společnosti.“ (JENÍČEK, FOLTÝN, 2003)

Rozvojové země vyrábějí kolem 50 % celosvětové produkce potravin, přičemž zde žije zhruba 15 % celkové populace. V rozvinutých ekonomikách je produkce potravin na obyvatele asi 3,5krát vyšší než v rozvojových zemích. (JENÍČEK, FOLTÝN, 2003)

Rozvinuté země jsou charakteristické přebytkem potravin, zatímco v chudých ekonomikách panuje obecný nedostatek potravin pro široké masy obyvatelstva projevující se podvýživou a s tím spojenými nemocemi. (JENÍČEK, FOLTÝN, 2003)

1.2.2 Hladomor

Hladomor představuje situaci, kdy na nějakém území panuje takový nedostatek jídla, že lidé masově umírají na podvýživu.

Podvýživa je stav, který nastává v době, kdy organismus nedostává dostatečný přísun potravy. Projevuje se oslabováním tělesné stavby, větší náchylností k onemocněním a v extrémním případě k úmrtí jedince.

„Hlad se u člověka vyskytuje během celého vývoje lidstva. Historické záznamy se zmiňují o 462 velkých hladomorech. Prvních zachovaný písemný důkaz o hladu pochází z Egypta z doby zániku Staré říše (po roce 2263 př. n.

I.). Hladomory postihovaly a stále postihují rozsáhlé oblasti světa. Hladomory v Indii a Číně připravily o život desítky milionů lidí. “ (JENÍČEK, FOLTÝN, 2003)

1.2.2.1 Hladomor v Evropě

Anglie

V letech 1316 až 1317 byla v Anglii všeobecná neúroda díky nedostatku slunečního svitu, nastal hladomor a docházelo k velkému úmrtí obyvatel. Tato situace nastala když v roce 1316 zastínil Anglii obrovský oblak prachu, který vznikl po mohutných vulkanických erupcích v Indonésii. Na počátku čtrnáctého století kromě hladomoru ohrožovalo obyvatelstvo globální ochlazení, které pak bylo náchylnější k onemocnění.

Irsko

V roce 1845 -1849 nastal v Irsku velký hladomor, poté co vzdušné plíseň (*Phytophthora infestans*) celou úrodu brambor. V roce 1590 byly brambory přivezeny do Irska, kde se stali základní potravinou v nejchudších regionech. V Irsku zemřelo na hlad přes 1 mil. obyvatel (odhady se liší), přibližně stejný počet lidí emigrovalo do Velké Británie, Spojených států, Kanady a Austrálie.

Obr.49.10:Památník Dublinu



zdroj dat: www.myguideireland.com/the-great-famine

Island

Od roku 970 navíc panoval na přelidněném Islandu hladomor. Svědectví kronikáře nám ukazuje drsné životní podmínky a krutá opatření používaná k přežití. "Lidé jedli vrány, lišky a další odpudivá zvířata, nikdy nepokládaná za potravu. Mnozí z mužů se také rozhodli zabít staré, slabé a nemocné lidi, které potom svrhávali ze skalisek do moře."

Počátkem 14. století vypukl v zemi další hladomor a o několik let později morová epidemie, na tyto nemoci zemřelo několik set lidí (jaro 1309 je nazýváno "smrtonosným jarem"). Ve čtrnáctém století vykazovaly velkou aktivitu i islandské sopky Hekla, Katla a Laki a i ty s dalšími morovými epidemiemi přispěly k vymírání obyvatelstva.

Jednu z nejhorších sopek zažil Island i v roce 1875, kdy následky výbuchu sopky Askja zničily islandskou ekonomiku a způsobily velký hladomor. (HORÁČKOVI, 2007)

SSSR

V roce 1924 zemřel Vladimír Lenin a na jeho místo nastoupil Josif Stalin, který byl sovětským diktátorem v letech 1927 až 1953. Za jeho vlády byla zahájena kolektivizace, neboli proces přeměny individuálního soukromého zemědělství na kolektivní a Industrializace. Rozšířila se lékařská péče, díky tomu začaly být likvidovány choroby, jako například malárie, cholera a další. Tato reforma zdravotnictví byla na jednu stranu úplně zbytečná, když si uvědomíme, že Stalinova vláda ve 30. letech minulého století uměle vyvolala hladomor na Ukrajině, v Kazachstánu a dalších oblastech SSSR. Lidé si v této době obstarávali jídlo všelijakým způsobem, někteří kradli potraviny z obchodů, okrádali jiné, zabíjeli psi, kočky, potkany, koně a jiná zvířata. Dokonce byly prokázány známky kanibalismu.

Obr.51.11:Památník hladomoru v kanadském Ontariu.



Zdroj: <http://en.wikipedia.org/wiki/Holodomor>

1.2.2.2 Hladomor v Africe

Afrika nemá příznivé přírodní podmínky pro chov zvířat, do kterých patří nedostatek pastvin, parazitů a přenašeči chorob (moucha tse tse – spavá nemoc, slepota dobytka a pod.). Hlavními oblastmi jsou sever, jih a vyšší oblasti. Jedná se hlavně o chov skotu, koz, ovcí, velbloudů a domácí drůbeže, méně vepřů. Chybí tu kvalitní půda, stále více se projevuje nutnost závlah.

Obr.52.12:Distribuce potravin v Etiopii.



Zdroj dat: Foto: © WFP / Wagdi Othman

3. prosince 2003 se konalo zasedání Rady bezpečnost OSN věnované Africe, kde výkonný ředitel WFP James Morris varoval, že zvažuje potravinové krize za hrozbu pro mír a bezpečnost.

Pan Morris a další účastníci v Radě bezpečnosti poukázali na celou řadu faktorů, které přispívají k současné krizi:

- sucha a jiné povětrnostní podmínky způsobí nízké sklizně a zvyšující cenu potravin v zasažených zemích
- dopad HIV / AIDS
- ozbrojený konflikt nebo politické střety, v Pobřeží slonoviny, Demokratické republice Kongo, Súdánu a Zimbabwe, a obtíže, kterým čelí země teprve nedávno prošlé konfliktem, včetně Angoly, Etiopie, Eritrei a Sierra Leone
- neadekvátní hospodářská politika, zejména v zemědělství, které v mnoha postižených zemích přinesly příliš málo investic, venkovské infrastruktury nebo základní sociální služby.

Hladomory v Africe ve 20.st.

- 1928-1929 hladomoru v Ruanda-Burundi, způsobuje velké migrace do Konga
- 1943 hladomor v Ruanda-Urundi, způsobují migraci do Konga
- 1958 Hladomor v Tigray, Etiopie, odhadem 100.000 životů
- 1968-1972 Sahel sucha vytvořila hlad, zabila miliony lidí
- 1973 hladomor v Etiopii, selhání vlády zvládnout tuto krizi vedly k pádu Haile Selassie a Derg pravidlo
- 1984 – 45 proběhly v Etiopii dva hladomory

Výživa obyvatelstva, která je nedostatečná, se prudce zhoršuje v období sucha a neúrody. Etiopie trpí trvale nedostatkem vláhy a v uplynulých 15 letech vodních srážek výrazně ubývalo. V posledních pěti letech některých oblastech vůbec nepršelo a tak postihlo Etiopii vedle jiných afrických zemích katastrofální sucho. Úroda se zhoršovala a nastal hladomor. Etiopii postihla nejhorší katastrofa století, kdy 7 milionů lidí trpělo hladem. (DUNOVSKÝ, 1984)

- 1991-1993 somálský hladomor
- 1998 hladomor v Súdánu, způsobené válkou a suchem
- 1998-2000 hladomoru v Etiopii.

V lednu 2006, Organizace spojených národů pro výživu a zemědělství varuje, že 11 milionů lidí v Somálsku, Keni, Džibuti a Etiopii byli v nebezpečí vyhladovění kvůli kombinaci kritického sucha a vojenských konfliktů.

1.2.2.3 Hladomor v Asii

Čína

S vpádem cizích mocností do Číny nastala současně na zahraničních trzích poptávka po laciných čínských surovinách a průmyslových plodinách, které se vyvážely do zahraničí ve velkém množství, což brzy vyvolalo oblastní specializaci zemědělské produkce. (HRDLIČKOVÁ, 1971)

Rolníci v jednotlivých oblastech začali osívat velké plochy půdy na úkor potravin tabákem, sojovými boby, bavlnou, mákem na výrobu opia. Peníze na osev a nájem většího počtu polí půjčoval rolníkům bohatý statkář, který byl zároveň lichvářem. Současně ohrožovaly existenci rolníka i přírodní katastrofy, jež vyúsťovaly v ohromné hladomory, za kterých umíraly statisíce lidí. (V roce 1929 bylo např. v Číně postiženo hladomorem téměř 9 milionů lidí, v roce 1928 27 milionů apod.) Jednou s podstatných příčin hladomorů bylo i to, že rolníci osívali v rámci oblastní specializace zemědělské produkce velké plochy půdy průmyslovými plodinami na úkor rýže a jejich poživatin, které se pak musely do Číny dovážet. (HRDLIČKOVÁ, 1971)

Nejhorší hladomor postihl Čínu v letech 1958-1961, kdy následkem politiky Mao Ce-Tunga došlo k úmrtí mezi 20 až 40 miliónů obyvatel. Velký skok vpřed byl oficiální název politiky Čínské lidové republiky od roku 1958 až do počátku roku 1962 v rámci Druhého pětiletého plánu ČLR, jejímž cílem bylo dostižení Západu v produkci železa a oceli.

Obr.54.13:Pece k výrobě železa



Zdroj: FAIRBANK, J. Dějiny Číny, Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1992, ISBN 8071062499

Čínský vůdce Mao Ce-tung chtěl během patnácti let radikálně zvýšit čínskou produkci, vyzdvihnout Čínu mezi světové velmoci. Nakonec došlo k rychlému ekonomickému propadu.

Indie

V Indii proběhla v minulosti řada hladomorů. V roce 1943 zasáhl nejhorší hladomor území Bengál. Toto území zahrnovalo moderní Západní Bengálsko, Bangladéš, a části Assam, Orissa, Bihar, a Jharkhand. Mezi hlavní příčiny hladomoru patřila druhá světová válka, nepravidelný dovoz potravin do země a zvýšený příliv uprchlíků.

V roce 1974 proběhly záplavy, které zemi postihly a které způsobily výrazný nárůst cen potravin. Záplavy zároveň vedly k drastickému snížení pracovních příležitostí zemědělských dělníků, protože úroda nemohla být sklizena. Díky těmto faktorům výrazně poklesl reálný příjem zemědělských dělníků a tato skupina obyvatelstva byla nucena hladovět.

Severní Korea

Na začátku osmdesátých let začala ekonomika Severní Koreje upadat díky vysokým cenám ropy, výdajům na armádu a průmysl. Začaly se také množit zahraniční dluhy, které ještě prohloubil Kim Ir-sen se svou politikou „Jistota jen v nás“ (Ču-Čche), země si tak celosvětově půjčovala ohromné částky, určené na investice do těžebního průmyslu, těžkého průmyslu a do armády. Bohužel zrovna v době, kdy vynaložili ohromné částky na těžící stroje, se ceny minerálů hluboko propadly. Severní Korea se tak dostala do velkých dluhů, není schopná je splácet a navíc zajišťovat poměrně vysoký životní standard svým obyvatelům.

Současný nepředvídatelný vůdce Severní Koreje Kim Čong-il v zemi vládne diktátorsky a je uctíván jako bůh v jednom z nejuznávanějších států světa (O'NEILL, 2003). Za vlády Kim Čong-ila došlo mezi lety 1996 a 1999 k hladomoru při kterém zemřelo 600 až 900 tisíc lidí. V roce 2001 dostala KLDR humanitární pomoc v hodnotě 300 milionů USD z USA, Jižní Koreje a Evropské unie.

Vietnam

Profesor Van Tao, bývalý ředitel Vietnamského Historie ústavu, řekl: "Hlad ve Vietnamu od roku 1944 - 45 byl □ bezprecedentní v historii národa, ale upozornil na to celý svět."

Podle průzkumu provedeného v letech 1991-94 se ukázalo, že 66,6 procent lidí v Tay Luong zemřelo v důsledku hladu, provincie Quang Bui to Xa, která ztratila 73,7 procenta obyvatel.

V thajské provincii Binh zemřelo hladem 280000 lidí. Celostátní počet obětí dosáhl 2 miliony.

Příčinou hladomoru bylo několik událostí. Klesl výnos rýže díky snížení plochy pro pěstování rýže a neschopnosti zavést nové metody pěstování. Část pozemků pro pěstování rýže bylo převedeno na výrobu průmyslových plodin, zvláště ricínového oleje a juty. V roce 1944 sucho a hmyz zapříčinily snížení výnosu rýže, následovaly zimní tajfuny které poškodily hlavní podzimní sklizen. Zemědělci tak neměli dostatek rýže k obživě vlastní rodiny, natož platit daně a prodat povinné množství rýže vládě za směšné ceny.

1.2.2.4 Hladomor v Latinské Americe

V letech 1960 až 1970 z 280 milionů obyvatel Latinské Ameriky hladovělo 120 milionů , tj.43%, neboť měli za rok příjem nejvýše 150 US dolarů. Dalších 80 milionů, tj. 28%, s jejich maximálně 400 dolary příjmu bylo nutno počítat za podvyživené. (ŠUMAVSKÝ, 1980)

Podle údajů komise OSN pro výživu a zemědělství činila průměrná spotřeba kalorií v Latinské Americe 1 200 denně místo potřebných 2 500.

Známý brazilský vědec Josué de Castro ve své knize „Zeměpis hladu“ dokázal, že se ve světě nají pouze jedna třetina lidí, zatímco dvě třetiny trpí hladem. Přitom dokázal, že například Latinská Amerika by mohla uživit pětikrát až šestkrát více obyvatelstva. Stejně tak podle úvah příslušných organizací OSN jen sama Brazílie by při své rozloze a klimatických podmínkách měla uživit 600 milionů lidí.

1.3 Voda

Podle fondu UNICEF se za ostatečné množství vody považuje dvacet litrů vody pro člověka, a to ze zdroje ne vzdálenějšího než jeden kilometr od jeho bydliště. Většina chorob se šíří vodou kontaminovanou odpadem. Mnohá úmrtí jsou způsobena dehydratací.

Fyziologicky potřebuje člověk jen 3 - 5 litrů pitné vody na den, to znamená 1,1 - 1,8 m³ za rok. Celkově však spotřebují (včetně vody používané v zemědělství, průmyslu ap.) lidé ve Spojených státech 1 200 - 1 500 m³ na obyvatele za rok, asi 600 m³ na obyvatele za rok ve Francii a v některých státech třetího světa je to 40 m³ na obyvatele za rok.

Vodní zdroje jsou však velmi nerovnoměrně rozděleny. Některé části naší planety jsou zásobeny bohatými zdroji sladké vody. Podle Komise OSN pro udržitelný rozvoj však více než 40% států leží v oblastech vodního stresu. To znamená, že roční spotřeba vody přesahuje 20% celkové zásoby domácí obnovitelné sladké vody.

Sladká voda je základním zdrojem nezbytným pro průmysl, dodávající potřebnou energii a zabezpečující hygienu potravin a zdraví obyvatelstva. Nedostatek vody za prvé vyvolával a stále vyvolává konflikty uvnitř jednoho státu nebo mezi sousedními státy.

Za druhé z důvodu nedostatku vody dochází ke snížení produkce potravin, spolu s populačním růstem ve většině rozvojových zemí, vede ke zhoršení životních podmínek v oblastech vodního stresu.

Mezi následky patří chudoba, podvýživa a období katastrofálního hladu, což je důvodem pro masovou migraci uvnitř země nebo do zemí sousedních.

Značným nedostatkem vody trpí: značná část Afriky, Blízkého a Středního Východu, území na západu USA, při pacifickém pobřeží Chile a Peru a více než ¾ plochy Austrálie

. Světový den vody 2008

V roce 1992 vyhlásilo Valné shromáždění OSN 22. březen každoročním Světovým dnem vody. Cílem je upřít celosvětovou pozornost na důležitost zajištění přístupu k nezávadné pitné vodě pro všechny lidi, na problémy v této oblasti a na jejich možná řešení.

U příležitosti Světového dne vody 2008 upozornil generální tajemník OSN na žalostné hygienické podmínky, ve kterých díky nedostatku nezávadné a čisté vody žijí více než dvě a půl miliardy lidí. Zdůraznil kritický význam zlepšení sanitárních a hygienických služeb a zajištění přístupu k nezávadné pitné vodě pro splnění tzv. Rozvojových cílů tisíciletí. Šéf OSN vyzval k zapojení všech složek společnosti do řešení tohoto problému a vyzdvihl úlohu, kterou mohou sehrát soukromé podnikatelské subjekty.

1.3.1 Kontinenty trpící nedostatkem vody

Vodní problémy jsou nejnaléhavější v Africe, kde se odhaduje, že 300 milionů lidí, jsou postiženy nedostatkem vody. Odpovídající řízení svých vodních zdrojů má zásadní význam pro budoucnost afrického kontinentu.

1.3.1.1 Afrika

V historii byla Afrika převážně bezodtokovou oblastí, rozkládala se zde plošně obrovská jezera. V neogénu (třetihory) a na začátku čtvrtohor došlo k tektonickým zdvihům okrajů kontinentu a k založení krátkých řek. Tyto procesy jsou na Africkém kontinentu dobře patrné dodnes. Tektonické procesy oživily erozi a došlo k rychlému zařezávání řek do svahů kotlin a pánví. (NĚMEC, 2006).

Převážná většina řek je závislá na dešťových srážkách. K nejvlhčím oblastem patří oblast Guinejského zálivu, Konžská pánev a východní části Madagaskaru. Mezi nejsušší patří subtropické oblasti.

Vodní toky jsou zde rovníkové a tropické - suchých oblastí. V suchých částech Afriky je mnoho občasných a vyschlých řek - vádí.

Africká jezera vyplňují především hluboké příkopové propadliny ve východní Africe. Většina jezer je tektonického původu. V pouštích a polopouštích leží řada občasných slaných jezer s nepravidelnou výškou hladiny. (NĚMEC, 2006).

Pouště jsou plošně hlavním krajinným typem (biomem) Afriky. V pouštích v místech s vyvěrající spodní vodou (artéské studně) vznikly oázy.

Během roku se nad Afrikou vyskytuje v podstatě pět vzdušných mas (vzdušin), které vznikají přímo nad kontinentem, nebo v jeho okolí, a jsou podle místa jejího vzniku označovány následovně:

mE – maritimní ekvatoriální,

mT – maritimní tropická,

cT – kontinentální tropická,

mP – maritimní polární,

cP – kontinentální polární.

(VOTRUBEC, 1973)

cT vzdušina vzniká nad pouštěmi Saharou a Kalahari po celý rok. Je to vzdušina suchá a stabilní, která při sestupu k rozpálenému africkému povrchu ještě zvyšuje svou teplotu a suchost. Tato vzdušina je hlavní příčinou aridního podnebí Afriky, je harmatanem přenášena ze Sahary až ke guinejskému pobřeží, kam přináší extrémní sucho a způsobuje prudké oteplení. (VOTRUBEC, 1973)

Aridní oblast je ze všech nejrozsáhlejší. Zahnuje Saharu, Libyjskou, Arabskou a Nubijskou poušť a táhne se podél pobřeží Rudého moře na Somálský poloostrov a odtud do Keni, kde sahá až k rovníku. Na jižní polokouli začíná aridní oblast v Angole a přes území Jihozápadní Afriky se šíří do pouště Kalahari. (VOTRUBEC, 1973)

Somálsko

Somálské pobřeží leží v dešťovém stínu Etiopské vysočiny a je vystaveno působení cT vzdušin, jež přicházejí z Arábie, a jsou proto extrémně suché. Berbera v Somálsku má ročně jen 60 mm srážek a celý půlrok bez srážek, lednový průměr je 25°C, červencový a srpnový 36°C, uplatní se účinek padavých větrů z Etiopské vysočiny. (VOTRUBEC, 1973)

Etiopie

Jako většina zemí afrického kontinentu má Etiopie velké potíže se získáváním vody, zejména vody nezávadné. Obyvatelstvo se zásobuje vodou z povrchových zdrojů včetně řek, z mělkých, mnohdy silně kontaminovaných studní, z cisteren a nádrží, do nichž se jímá voda v době dešťů nebo se napouští z povrchových zdrojů. Jen v několika městech jsou vodovody, ale ani

jejich vodu nelze považovat za nezávadnou, vzhledem k častým poruchám v rozvodu vody a nebezpečí kontaminace.(JIRÁSKOVÁ a kol., 1991)

Důsledkem nedostatků při zásobování obyvatelstva vodou a odstraňování výkalů je vysoká nemocnost populace, způsobená bakteriemi, viry a parazity šířícími se vodní cestou.(JIRÁSKOVÁ a kol., 1991)

Obr.60.14: Etiopie - zásobování pitnou vodou, projekt společnosti Člověk
tísni 2003 J. Škvor



Zdroj dat: [http://www.env.cz/AIS/web-pub.nsf/\\$pid/MZPIBFDRE1RO](http://www.env.cz/AIS/web-pub.nsf/$pid/MZPIBFDRE1RO)

Cholera, která se často šíří vodou, byla v Etiopii známá už od dávných dob. Amarové ji nazývají „listopadová nemoc“, z čehož se soudí, že se vyskytovala krátce po době dešťů. Velká epidemie postihla Etiopii v roce 1970, kdy se cholera šířila na jihovýchodě ve směru karavan a obchodních cest, zachvátila část správní oblasti Hererge a dosáhla jezerní oblasti v Etiopské příkopové propadlině. Na vrcholu epidemie byly zachvácení správní oblasti Wollo, Hererge, Arsi a Šova, počet postižených dosáhl tisíců. Latentním nebezpečím zůstávají poutníci do Mekky a nekontrolovaná migrace na východě, jihu a západě země (SHALLER, KULS, 1972).

Zásobování vodou pro domácnost je úkolem žen, které musí denně donášet vodu z vodního zdroje, často dosti vzdáleného od jejich příbytku. Pouhých 5 % venkovského obyvatelstva má přístup k pitné nezávadné vodě (ILO Report 1986).

V Etiopii mezi různými kmeny dochází ke sporům o pastevní práva nebo o práva na studně.

Na jaře 2008 zasáhlo Etiopii katastrofální sucho. Lidé přišli o tradiční zdroje pitné vody a museli pít špinavou vodu z řek a kaluží. Následky byly vážné: rychlé šíření průjemových onemocnění a podvýživy, které zejména u dětí mohlo skončit i smrtí.

1.3.1.2 Austrálie

Austrálie je nejsušším světadílem. Severní část se rozkládá v tropické a jižní v subtropickém páse. $\frac{3}{4}$ rozlohy zaujímají stepi, pouště a polopouště. Dostatečné srážky jsou pouze při východním a severním pobřeží. Jsou tu tropické řeky bohaté na vodu. Ostatní řeky jsou v suchých oblastech, zde jsou napájeny zdroji v horách východní Austrálie. Často jsou to však jen suchá řečiště (creek, obdoby afrických vádí). Jsou zde artéské studně s velkými zásobami vody, ve vnitrozemí je to jediný zdroj vody (jako oázy v Africe).

Většina zemědělské půdy trpí nedostatkem vody, velká část orné půdy musí být zavlažována

1.3.1.3 Amerika

Kontinent Jižní Amerika má čtyři klimatické oblasti (mírní, subtropy a vlhké a suché tropy). Vlhké tropa převažují na severu kontinentu. V suchých tropech se nachází nejsušší oblast světa poušť Atamana.

Na klima kontinentu má v poslední době vliv působení pacifického klimatického fenoménu El Niño, který mění charakter cirkulace ovzduší a vod Tichého oceánu a tím změny srážkové, teplotní a biologické. Na kontinentu je jeho působení nejvýraznější na západním pobřeží - nejvíce v Peru a Kolumbii.

1.4 Vzdělání

Dostupné kvalitní vzdělání je jedním ze základních předpokladů hospodářského, politického i společenského rozvoje. Na vzdělávání obyvatelstva v různých v jednotlivých zemích, na národní vzdělávací systém působí řada faktorů:

Ideově politické faktory

Společenské poměry ve všech zemích ovlivňují společenskou funkci škol. Hodnota vzdělání v období vědeckotechnické revoluce trvale roste a nabývá na společenském i ekonomickém významu (Wahla.A.,1988).

Faktory demografické

V minulém století byl růst obyvatel na světě značně dynamický. Vyznačoval se vysokou nerovnoměrností. Evropě rostlo obyvatelstvo nejpomaleji, za to v Jižní Americe tomu bylo úplně naopak. Příčinou byla migrace obyvatelstva z Evropských zemí do Ameriky a do Austrálie, v důsledcích druhé světové války, v rozdílech přirozených přírůstků obyvatelstva.

V rozvinutých zemích docházelo k poklesu úmrtnosti díky se zlepšující se zdravotnické péči. Udržovala se vysoká porodnost v převážné většině rozvojových zemích, která byla podmíněna přežívajícími tradičními náboženskými a rodinnými zvyklostmi a předsudky.

Do demografických faktorů se dále řadí věková struktura populace. V populaci se běžně rozlišují tři kategorie: před produktivní 0 - 14 let, produktivní 15 – 59 let a post produktivní 60 a více let. Tyto tři kategorie jsou navzájem v určitých poměrech. Z hlediska hospodářské politiky každé země má stěžejní význam podíl kategorie obyvatelstva v produktivním věku, z jejíž produkce se uspokojují potřeby obou neproduktivních kategorií, přičemž takřka 80% populace kategorie 0 - 14 let vyžaduje předškolní a školní výchovu (Wahla.A.,1988).

Tab.63.4: Vývoj podílů žáků na základní, střední a vysoké škole na kontinentech letech 1965 – 1982.

Kontinent	Rok	Podíl žáků, učitelů a studentů škol		
		základních	středních	vysokých
Evropa	1965	68	26	6
	1982	66	28	6
Asie	1965	73	24	3
	1982	69	27	4
Afrika	1965	71	26	3
	1982	81	17	2
Oceánie	1965	79	19	2
	1982	57	34	9
Amerika	1965	71	23	6
	1982	64	24	12
Rozvojové země	1965	80	18	2
	1982	73	24	3
Svět	1965	72	23	5
	1982	66	28	6

Zdroj dat: **WAHLA, A.** *Geografie vzdělávání obyvatelstva*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha 1988.

Gramotnost podle organizace UNESCO: jde o schopnost s porozuměním přečíst text a napsat prosté krátké sdělení běžného života.

Stav a vývoj negramotnosti je velmi vážným společenským problémem především v rozvojových zemích. V řadě evropských zemích přestala být negramotnost problémem již v minulém století (Wahla.A.,1988).

Tab.64.5:Délka povinné školní docházky v roce 1983

Počet let povinné školní docházky	Země
5 let	Angola, Benin, Senegal, Kolumbie, ČLR, Bangladéš, Indie, Laos, Nepál, Turecko, Vietnam
6 let	Burkina Faso, Burundi, Čad, Egypt, Guinea-Bissau, Kamerun, Kapverdské ostrovy, Madagaskar, Mauretánie, Nigérie, Sv. Tomáš, Súdán, Zair, Dominikánská republika, Guatemala, Haiti, Honduras, Kuba, Mexiko, Nikaragua, Ekvádor, Paraguay, Peru, Sutinám, Venezuela, Filipíny, Indonésie, Irák, Jemen, Kampučia, Jižní Korea, Kypr, Sýrie, Portugalsko, Tonga
7 let	Lesotho, Mauritius, Maroko, Tanzanie, Portoriko, Trinidad a Tabago, Argentina, Thajsko
8 let	Komory, Nigerie, Rovnicková Guinea, Rwanda, Středoafriická republika, Somálsko, Západní Sahara, Zimbabwe, Neloze, Bolívie, Brazílie, Chile, Guayana, Afghánistán, JLDŘ, Irán, KLDR, Kuvajt, MoLR, Albánie, Belgie, BLR, Island, Itálie, Lichtenštejnsko, Malta, PLR, San Marino, SFRJ, Francouzská Polynésie
8 – 10 let	Kanada
8 nebo 9 let	Švýcarsko
9 let	Alžírsko, Libye, Mali, Namibie, Seychely, Barbados, Kostarika, Salvador, Montserrat, Panama, St. Kitts a Nevis, Uruguay, Bahrain, Brunei, Hongkong, Dánsko, Finsko, Irsko, Izrael, Japonsko, Jordánsko, Lucembursko, Norsko, NDR, Rakousko, Řecko, Švédsko, Kiribati, Nový Zéland
9 nebo 10 let	Austrálie
10 let	Gabun, Ghana, Kongo, Libérie, Réunion, St. Helena, Bahamy, Británie, Panenské ostrovy, Dominika, Guadeloupe, Jamaika, Kajmanské ostrovy, Martinik, St. Lucia, St. Vincent, USA, Falklandy, Francouzská Guayana, Srí Lanka, Andora, Francie, NDR, ČSSR, MLR, Monako, Nizozemí, RSR, Španělsko, Cookovy ostrovy, Nauru, Nová Kaledonie, Niue, SSSR
11 let	Antigua, Grenada, St. Pierre a Miguelon, Velká Británie, Norfolk
11 nebo 12 let	Bermudy
12 let	Americké Panenské ostrovy, Gibraltar, Americká Samoa, Guam

Zdroj dat: WAHLA, A. Geografie vzdělávání obyvatelstva. Státní pedagogické nakladatelství. Praha 1988.

Sociálně ekonomické faktory

S rozvojem společnosti vzrůstá význam vzdělání a kvalifikace. Uplatňováním vědy a techniky ve výrobě roste poptávka po kvalifikované pracovní síle a také rostou požadavky na změny povolání, některá povolání zcela zanikají, nová vznikají.

Celý systém školství je závislý na ekonomické základně jednotlivých zemí: na odvětvové struktuře národního hospodářství, na hrubém národním

produktu (národním důchodu), na podílu a struktuře výdajů na výchovu a vzdělání obyvatelstva (Wahla.A.,1988).

Od roku 1965 do roku 1982 se každoročně u jednotlivých kontinentů zvyšovalo množství prostředků na vzdělání. Z tabulky je patrné, že Evropa zaznamenal pěti násobný a Asie dokonce až čtrnáctinásobný vzrůst.

Tab.65.6: Vývoj nákladů na školství v milionech dolarů

Kontinent	1965	1970	1975	1980	1982
Evropa	42624	64483	145971	252394	224384
Asie	7221	12551	43305	95917	103907
Afrika	1737	3145	8446	19579	19568
Oceánie	1071	1984	6993	10395	11409
Amerika	43373	77336	127564	232922	288468
Rozvojové země	7853	12574	37385	81867	91971
Svět	96026	159538	332281	611207	627736

Zdroj dat: **WAHLA, A.** *Geografie vzdělávání obyvatelstva*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha 1988.

V absolutních hodnotách se suma prostředků vyčleňovaná na školství zvýšila v roce 1982 ve srovnání s rokem 1955 takřka 6,5krát.

Ovlivňujícím faktorem je ekonomická situace, ekonomické výsledky každé země o kterých se blíže zmiňuji v kapitole Chudoba a bohatství.

Na stav a vývoj sociální struktury obyvatelstva, ekonomickou aktivitu obyvatelstva a dosaženou životní úroveň působí stav společnosti: harmonický nebo krizový rozvoj, sociální jistota či nejistota obyvatelstva, války, fašistické režimy, osvobození od koloniální či polokoloniální závislosti aj.

Urbanizační faktory

Urbanizace je komplexní sociální a ekonomický proces, který zahrnuje formování a rozvoj městského způsobu života, soustřeďování obyvatel do měst, pronikání městských prvků do prostoru celého osídlení. Rozvoj, tempo, rozměra a sociální důsledky urbanizace jsou podmíněny průběhem průmyslové revoluce, věd. tech. rozvoje a ekon. vývoje společnosti.

Urbanizační faktor působí na školství tím, že vede ke koncentraci obyvatelstva a tím i žáků, učitelů a škol. Státní ani městské orgány správy

nejdou většinou s to zabezpečit školy ani vhodné podmínky pro výchovu dětí předškolního a školního věku.

Geografické faktor

V mnoha zemích jsou výrazné rozdíly mezi městskou a venkovskou úrovní vzdělání.

Školství má z hlediska geografického (prostorového) tři úrovně: místní (lokální). Regionální a globální. Regionální zvláštnosti se projevují v např. organizaci školního roku, tj. doby, ve které se ve školách vyučuje, a doby hlavních prázdnin. Země severní polokoule zahajují a končí školní rok ve schodě s ročními klimatickými změnami. Podobnou organizaci školního roku na jižní polokouli mají Argentina, Brazílie, Chile a Uruguay (Wahla.A.,1988).

Jiné Faktory

Jsem můžeme zařadit historické a náboženské faktory.

1.4.1 Vzdělání v rozvojových zemích

Mezi příčiny nedostupnosti vzdělání v rozvojovém světě patří nedostatek škol a jejich vybavení, cena vzdělání, zaměstnané děti, podvýživa, nemocnost, mentální a fyzické postižení, ozbrojené konflikty a špatná bezpečnostní situace, diskriminace, osnovy a vyučovací jazyk, učitelé a korupce a neefektivnost investic.

Mnoho rodin v rozvojových zemích nemá žádný majetek, rodiče jsou obvykle nezaměstnaní nebo velmi špatně placení za vykonanou práci a potřeba aspoň minimálních finančních prostředků na každodenní přežití pak vede k tomu, že rodiče pošlou děti místo školy pracovat, aby trochu přilepšili rodinnému rozpočtu. I přesto, že chudoba je považována za jednu z hlavních příčin dětské práce, zdaleka to není příčina jediná, která by automaticky problém dětské práce vytvářela.

Další příčinou toho, proč mnoho dětí v rozvojových zemích končí v práci místo ve školních lavicích, je nedostatek kvalitních a dostupných škol, školní docházka je placená nebo je jen pro bohaté děti. Pro rodiče, kteří si nemohou dovolit platit školné, je tak mnohem jednodušší poslat děti pracovat.

1.4.2 Vzdělání žen

Díky vzdělání žen se zkvalitnila zdravotní péče, poklesla kojenecká úmrtnost a byla dosažena určitá kontrola nad populačním růstem.

V dokumentech UNESCO (1978) se uvádí že ženy tvoří 60 % negramotného obyvatelstva světa a že absolutní počet negramotných žen narůstá mnohem rychleji než počet negramotných mužů. Země, které měli v období 1951 – 1961 měly méně než 20 % gramotných žen: Afghánistán, Bangladéš, Indie, Nepál, Pákistán, Irák, Irán, Sýrie, Egypt, Mali, Maroko, Niger, Alžírsko, Súdán, Tunisko a Libérie (WAHLA, 1989).

V muslimských zemích a dalších částech světa (málo vyspělých afrických státech nebo v hinduistické Indii), staví ženu do role matky, která pečuje o své děti a domácnost a vzdělání žen považují za zbytečné. V Mosambiku, Angole, Jemenu, je podíl gramotných mužů i více než dvojnásobný oproti podílu gramotných žen.

1.4.3 Vzdělání v Africe

Afrika je kontinentem velké míry negramotnosti.

Obr.67.15:Vyučování v Asore



Zdroj dat: © Lucie Kinkorová

a. Severní Afrika

Tab.68.7:Vzdělání v Severní Africe v roce 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Tunisko	Vzdělání je zde bezplatné , počet zapsaných žáků je však omezen, a proto je vzdělanost dosud relativně nízká, zvláště mezi ženami. Asi jedna třetina dospělých je negramotná
Libye	Gramotnost se v Libyi prudce zvýšila, stále je však téměř 1/3 dospělých a polovina žen negramotných. Třístupňové vzdělání je bezplatné, povinná je školní docházka do patnácti let.
Egypt	Školní vzdělání je v Egyptě povinné pěti do dvanácti let a dalších devět let středního vzdělání je přístupné nadanějším studentům. V Káhiře nalezneme čtyři státní univerzity a mnoho specializovaných útvarů pro vyšší vzdělání. Fakulty káhirské univerzity Al-Azhar kladou větší důraz na tradiční islámské předměty.
Mauretánie	Nízká úroveň vzdělání.
Mali	V Mali primární cyklus trvá šest let, pak následuje šestiletý cyklus středoškolského vz., který je rozdělen na dvě fáze po třech letech.
Niger	S francouzskou pomocí byl v Niger zaveden systém vzdělání, přesto je více než 80% dospělých negramotných. Jediná univerzita se nachází v hlavním městě Niamey na jihozápadě.
Čad, Súdán	V Čadu je gramotnost nízká, protože školy může navštěvovat necelá polovina dětí. Ještě hůře je na tom Súdán, kde je extrémně vysoká negramotnost, která dosahuje u dospělých mužů 55 % a 85 % u žen.
Eritrea	Základní vzdělání: celkem: 5 let , Muži: 6 let, Ženy: 4 roky (2004)
Etiopie	Gramotnost: Celková populace: 42,7% , Muži:50.3% . Ženy: 35,1% (2003) Základní vzdělání: celkem: 8 let , Muži: 8 let , Ženy: 7 let (2007)
Džibutsko	Gramotnost: Celková populace: 67,9% , Muž: 78% , Ženy: 58,4% (2003) Základní vzdělání: celkem: 4 roky
Somálsko	V roce 1975 bylo základní vz.povinné, školní docházka na základní úrovni trvala šest let. Středoškolské vzdělání bylo nepovinné a trvalo 4.roky. V průběhu roku 1992 docházelo k uzavírání některých škol. Od roku 1996 se začínají znovu otevírat.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8.

B. Střední Afrika

Tab.69.8:Vzdělání ve Střední Africe v roce 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Senegal	Více než třetina obyvatel je negramotných.
Gambie	Základní vz. je bezplatné, nepovinné, negramotnost dosahuje 70%.
Guinea	Úroveň vzdělání je nízká, tři čtvrtě dospělých jsou negramotné.
Guinea- Bissau	Školství je na nízké úrovni.
Sierra Leone	Více než ¾ dospělých jsou negramotné.
Libérie	Vz. je bezplatné a povinné od šesti do šestnácti let, gramotnost obyvatel dosahuje 40%.
Pobřeží slonoviny	Zvyšuje se gramotnost, více jak 55 % dospělých obyvatel umí číst a psát.
Burkina	Školní docházka je povinná, negramotnost u dospělých obyvatel dosahuje 80 %.
Ghana	Základní vz. se poskytuje bezplatně a po něm je možné absolvovat střední odborné školy nebo přípravu na jednu ze tří univerzit, gramotných je více než 60 % obyvatel starších 15 let.
Togo	Základní školy jsou bezplatné, gramotnost obyvatel je 50 %.
Benin	Základní školy jsou bezplatné, ale mnoho dětí ji nenavštěvuje a úroveň gramotnosti dosahuje jen 25 %.
Nigérie	V 70. letech se usilovalo o zpřístupnění základního vzdělání co nejširšímu okruhu dětí, středních škol je nedostatek, ale bylo založeno mnoho nových univerzit, gramotná je více jak polovina obyvatel.
Kamerun	Vzdělání je bezplatné, téměř 60 % obyvatel je gramotných.
Středoafriická republika	Vzdělání je bezplatné, ale týká se jen malého okruhu populace, asi 60 % obyvatel je negramotných.
Rovníková Guinea	Školní docházka je povinná a gramotnost je poměrně vysoká.
Gabon	Školní docházka je povinná a bezplatná a je dostupná většině dětí, gramotných je více jak 60 % dospělých obyvatel.
Kongo	Školní docházka je bezplatná, ve věku od šesti do patnácti let povinná a gramotných je více jak 60 % dospělých obyvatel.
Zair	Většina dětí dostává základní vzdělání, ale jen málo jich pokračuje v dalším studiu, nedostatek kvalifikovaných učitelů ztěžuje šíření vzdělání, gramotnost se blíží 50 %.
Burundi	Gramotnost je relativně vysoká (75 %).
Rwanda	-----
Uganda	Je zde málo středních škol, gramotná je již polovina obyvatel.
Keňa	Školní docházka není povinná, ale gramotnost je poměrně vysoká (téměř 2/3 dospělých).
Tanzánie	Základní školy jsou povinné a bezplatné, střední školy se orientují na praktický výcvik, země má nejvyšší gramotnost v Africe.

Seychely	Gramotných je asi 90 % dospělých.
Svatý Tomáš	Vzdělání je bezplatné.
Kapverdy	Vzdělání je bezplatné.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8.

C. Jižní Afrika

Tab.70.9:Vzdělání v Jižní Africe v roce 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Angola	Základní vzdělání je bezplatné, v poslední době se vzdělání zvyšuje i díky tomu, že se začíná vyučovat v afrických jazycích
Zambie	Základní vzdělání je dostupné většině mládeže a gramotných je více než 75 % dospělých, v Lusace sídlí zambijská univerzita
Malawi	Chudoba země způsobuje, že sotva polovina mládeže má přístup ke vzdělání, asi 55 % dospělých je negramotných
Mosambik	Školství je státní a základní vzdělání je povinné do 14 let věku, začalo se vzděláváním dospělých, ale 2/3 jich je stále negramotných
Namibie	Základní vz. je povinné, ale negramotnost je s výjimkou bělošské komunity vysoká, vyšší a odborné vzdělání je možné získat v Jižní Americe
Botswana	Základní vz. je bezplatné a gramotnost obyvatelstva je na dosti vysoké úrovni (více než 75 %)
Zimbabwe	O vzdělávání černošské většiny se až do roku 1980 staraly převážně křesťanské mise
Jižní Afrika (JAR)	Školství trpí dřívější segregací, bezplatné a povinné vzdělání až do 16 let věku bylo zajištěno až donedávna jen pro bílé Jihoafričany, míšence a Asiaty, nikoliv pro černé. Vzdělávání černých Jihoafričanů trpělo nedostatkem škol i učitelů a negramotnost je stále výrazně nejvyšší mezi černými. Vysoké školy byly segregovány až v 80. letech: pro bílé studenty jich bylo devět, pro černé čtyři a pro Asiaty a míšence po jedné. Pouze Witwatersrandská Jihoafrická univerzita umožňovala studium bez ohledu na původ. Po reformách v 90. letech jsou však univerzity přístupné všem studentům bez rozdílu.
Lesotho	Vzdělání je nepovinné a bezplatné, hodně dětí navštěvuje základní školy a gramotných je více než 80 %
Svazijsko	Vzdělání je nepovinné a bezplatné, počet gramotných se stále zvyšuje
Madagaskar	Základní vzdělání je bezplatné a povinné; zajišťuje je stát společně s protestantskou a katolickou církví. Úroveň vzdělanosti je, i přes zvyšující se gramotnost (přes 80 %), stále velmi nízká.
Mauricius	Převážná většina dětí navštěvuje základní školy a je pro ně dostupné i vyšší vzdělání, na místní univerzitě se vyučují hlavně technické obory.
Komodory	Vzdělání poskytují jak islámské školy, tak školy podobné francouzským lyceím.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8.

1.4.3.1 Nadace zabývající se pomocí Africe

Organizace OSN - Organizace spojených národů - UN - United Nations

Mezi šest hlavních orgánů OSN patří Hospodářská a sociální rada, do jejíž kompetence patří mezinárodní organizace UNESCO.

UNESCO - UN Educational Scientific and Cultural Organisation - Organizace pro vzdělání vědu a kulturu (sídlo Paříž).

Mezinárodní organizace, která vznikla 4.11.1946, jejími základními cíly jsou:

šířit kulturu, přispívat k míru a bezpečnosti podporováním spolupráce mezi národy pomocí vzdělání a kultury, povznášet lidovou osvětu, chránit kulturní dědictví, usnadňovat mezinárodní styk s kulturních pracovníků a mezinárodní výměnu literatury, vědeckých a uměleckých děl a informací.

K hlavním programům této organizace patří: boj proti negramotnosti, povinná školní docházka a zvyšování úrovně výuky. UNESCO zaměřuje svou činnost na: plánování a řízení školství, odborné vzdělání, výchova k povolání, výchova osob vyžadující zvláštní péči, celoživotní vzdělávání, obecné otázky výchovy a vzdělávání, obsah a metody vzdělávání, vybavování škol, učební pomůcky a prostředky, příprava učitelů, plánování a řízení školství, výchova k ochraně životního prostředí, péče o tělesné a duševní zdraví, vzdělávání žen, gramotnost obyvatelstva a mezinárodní školy UNESCO.

Unesco je i organizátorem dokumentačních služeb a regionálních úřadů pro výchovu.

Tab.71.10:Sídla regionálních úřadů UNESCO

Místo	Rok	Sídlo
Afrika	1970	Dakar
Asie	1961	Bangkok
Evropa	1964	Strasbourg
Latinská Amerika	1963	Santiago

Zdroj dat: WAHLA, A. *Geografie vzdělávání obyvatelstva*.

Postavme školu v Africe

Cílem sbírky je každoročně získat finanční prostředky na stavbu základních škol v Etiopii. Chodit do školy, naučit se číst, psát a počítat je pro nás naprostou samozřejmostí. V některých zemích to však pro děti bývá nespelnitelný sen. Proto se, společnost Člověk v tísni a Junák – svaz skautů a skautek ČR, rozhodl alespoň některým z nich pomoci. Gramotnou a

vzdělanou populaci považujeme za východisko ze začarovaného kruhu chudoby, ve kterém se Etiopie nachází. Přitom stačí 5-6 tisíc korun, aby se vytvořilo jedno nové místo ve škole.

Adopce na dálku

Program Adopce na dálku je charitativní projekt zaměřený na trvalou pomoc chudým dětem z celého světa, mimo jiné i Afriky, formou sponzorování jejich vzdělání a základní péče. Na české straně zajišťuje tento projekt Diecézní charita, která se snaží vyhledat co nejvíce tzv. „adoptivních rodičů“, kteří by byli ochotni, i když pouze na dálku, přijmout „adoptivní dítě“ a finančně podporovat jeho vzdělání a s tím spojenou základní péči.

Člověk v tísni

Společnost Člověk v tísni vznikla v květnu 1992, jako humanitární organizace s cílem pomáhat v krizových oblastech a podporovat dodržování lidských práv ve světě.

Její zakladatelé realizovali první projekty na pomoc lidem v nouzi ještě pod názvem Nadace Lidových novin. V únoru 1994 se změnil název na Nadaci Člověk v tísni při České televizi, v dubnu 1999 pak byla zaregistrována jako obecně prospěšná společnost. Člověk v tísni se v rámci projektů rozvojové pomoci věnuje zejména:

- zajištění základních lidských potřeb jako pitná voda
- podpoře vzdělání
- podpoře zdravotnictví
- rozvoji podnikatelských aktivit
- sociálním programům
- podpoře občanské společnosti a dobrého vládnutí (good governance)

K dalším organizacím působícím v Africe se řadí:

- Humanita Afrika
- Fors
- ADRA
- Fair, o. s.

1.4.4 Vzdělání v Asii

a. Jihozápadní Asie

Tab.73.11:Vzdělání v Jihozápadní Asii v r. 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Turecko	Vzdělání na základních a středních školách je bezplatné, 30.univerzit.
Sýrie	Základní vz. je bezplatné, povinné po dobu šesti let, 1/3 dospěl.negramotných.
Libanon	Základní vz. je bezplatné, povinné po dobu pěti let,odborné a vysokoškolské vz. na soukromých školách.
Izrael	Bezplatné vyuč. na arabských a hebrejských školách.
Jordánsko	Vzdělání je povinné do 14 let, značný podíl negramotných žen.
Irák	Povinná a bezplatná šestiletá školní docházka, negramotnost do 40%.
Kuvajt	Gramotnost: Celková populace: 93,3% , Muži:94.4% , Ženy: 91% (2005 sčítání lidu)
Írán	Základní vzdělání je bezplatné a povinné, negramotných více než 40%.
Jemen	Školství je na nízké úrovni, je bezplatné, ale ne pro všechny.
Afghánistán	Gramotná je necelá 1/3 dospělých.
Saudská Arábie	Vzdělání je nepovinné, bezplatné, negramotných asi 1/3 dospělých.
Bahrajn	Bezplatné vzdělání na úrovni středních škol, dostupné univerzitní vzdělání.
Katar	Vzdělání je bezplatné, dostupné je i univerzitní vzdělání.
Spojené arabské emiráty	Vzdělání je bezplatné až po vysoké školy, zaměstnáno mnoho zahraničních učitelů.
Omán	Více než polovina dospělých negramotná.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8.

b. Jižní Asie

Tab.73.12:Vzdělání v Jižní Americe v r. 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Pákistán	Více jak polovina dospělých obyvatel je negramotná.
Bangladéš	Pětileté bezplatné základní vz., skoro 2/3 obyv. negramotných.
Nepál	1/4 dospělých obyvatel je gramotných.
Bhútán	Vzdělání je skoro nedostupné, většina obyvatel je proto negramotných.
Indie	Vzdělání je bezplatné, skoro polovina dospělých obyv. je negramotných.
Maledivy	Všichni Maledivané mají přístup ke vzdělání.
Šrí Lanka	Základní školní vz. je bezplatné a povinné do 13let, téměř 90% dospěl.gramotných.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8.

c. Jihovýchodní Asie

Tab. 74.13:Vzdělání v Jihovýchodní Asii v r. 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Barma Myanmar)	Povinné a bezplatné základní vzdělání,dostupné i střední vzdělání.
Laos	Dostupné zákl.,střední a další vz., úroveň gramotnosti vysoká.
Thajsko	7 do 15 let vzdělání povinné a bezplatné, úroveň gramotnosti vysoká.
Kambodža	6 do 12 let vzdělání povinné, nedostatek učitelů, 1/4 negramotných.
Vietnam	Vzdělání dostupné, vyšší vzdělání kurzy, negramotnost kolem 10%.
Malajsie	Okolo 20% negramotných dospěl.os.,5 univerzit.
Singapur	Školství na vysoké úrovni.
Brunej	Vzdělání bezplatné a dostupné všem.
Indonésie	Šestiletá povinná školní docházka, dostupné střední i vyšší vzdělání.
Filipíny	Povinné a bezplatné základní vz.,dostupné střední i vysokoškolské vz., je zde okolo 50.univerzit, gramotnost více než 90%

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8.

d. Centrální Asie

ČÍNA

Devítiletá povinná školní docházka platí od roku 1984, kdy začal být kladen větší důraz na vzdělání, protože Čína usilovala o rozvoj nejen vědy a techniky, ale i humanitních studií. To se projevilo i na výši prostředků, kterými bylo školství podporováno.

Tab.74.14:Vzdělání v Centrální Asii v roce 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Mongolsko	Stát poskytuje bezplatnou školskou péče, ale v současnosti nemá dostatek finančních prostředků.
Kazachstán	Vzdělání je univerzální a povinné přes sekundární úroveň a míra gramotnosti je 98.8%. Základní vzdělání trvá čtyři roky. Střední vzdělání spočívá ve třech hlavních vzdělávacích fázích: základní vzdělání (formy 1-4), základní obecné vzdělání (formy 5-9) a úroveň nadřazeného vzdělání (formy 10-11 nebo 12) rozdělil se na pokračující obecné vzdělání a odborné vzdělání.
Uzbekistán	Primární a sekundární vz. dohromady trvá jedenáct let a jsou povinné. Gramotnost dosahuje 99 % u dospěl. obyvatelstva.
Kyrgyzstán	V zemi existují státní, soukromé, rodinné a nájemní školy.
Tádžikistán	Gramotnost: celkové populace: 99,5% mužů: 99,7% žen: 99,2% (2000 sčítání lidu)

Turkmenistán	Vzdělávací zařízení jsou na dobré úrovni.
Ázerbajdžán	Vzdělání je v zemi na dobré úrovni.
Arménie	Gramotnost: Celková populace: 99,4%, Muži:99.7%, Ženy: 99,2% (2001 sčítání lidu) Základní vzdělání: Celkem: 11 let , Muži:11 let., Ženy: 12 let (2006)
Gruzie	Rozšířená výuka gruzínského jazyka umožnila, aby si republika uchovala během celé světové éry silnou národní identitu a svébytnou kulturu.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8.

e. Východní Asie

V Japonsku je povinná devítiletá školní docházka. Po skončení této docházky pokračuje většina žáků v tříletém studiu na vyšších středních školách. Po jejich absolutoriu se studenti mohou rozhodnout pro pětileté studium na vysokých školách technického směru, čtyřleté univerzitní studium nebo pro vysoké školy se zkráceným dvouletým či tříletým cyklem.

Školní docházka je v Severní Koreji povinná pro děti od pěti do šestnácti let, také je zde propracován systém vyššího školství a vzdělávání dospělých.

Za to v Jižní Koreji je školní docházka povinná jen šest let. Pak následují tři roky na střední škole.

f. Severní Asie

Rusko

Vzdělávání v Rusku je poskytováno především státem a řídí jej federální ministerstvo školství. Základní všeobecné vzdělání trvá v Rusku devět let. Po dokončení devítileté programu má student možnost volby, buď dokončí zbývající dva roky na běžné škole nebo přejde na specializované odborné vzdělání.

Gramotnost:

- Celková populace: 99,4%
- Muži:99.7%
- Ženy: 99,2% (2002 sčítání lidu)

V roce 2005 státní výdaje na vzdělávání činily 3,8% HDP

1.4.5 Vzdelání v Austrálii

Školní docházka je povinná do patnácti let. Existuje zde i předškolní výchovné zařízení. Za základní a střední vzdělání se nemusí platit. Ve státních školách se učí asi dvě třetiny žáků. Systém středního vzdělání tvoří převážně smíšené školy všeobecně vzdělávacího typu.

Na Novém Zélandu je školní docházka stejně jako v Austrálii bezplatná a povinná od šesti do patnácti let. Úroveň gramotnosti je vysoká. Předškolní výchova je široce dostupná a podporovaná státem. Dále se studenti mohou vzdělávat na sedmi univerzitách.

1.4.6 Vzdelání v Americe

A. Severní Amerika

a. Kanada

V každé provincii děti navštěvují předškolní zařízení, potom základní a střední školy. Dále se mohou vzdělávat na jedné z šedesáti kanadských univerzit. Vzdělání na všech stupních se poskytuje bezplatně. Existují zde i soukromé školy, kde studenti platí školné. Školní docházka je povinná pro děti od šesti do šestnácti let.

b. USA

Ve většině států je bezplatná školní docházka povinná od 6 do 16 let, ale většina studentů ji končí až v 17 či 18 letech po získání středoškolského vzdělání. V USA existuje mnoho světově proslulých universit (Harvard, Yale, Princeton, Berkley) a dalších vysokých škol. Většina je také dotována státem, ale značnou část nákladů studia hradí studenti s pomocí půjček na školné a dalších forem podpory. Vláda také poskytuje prostředky na studijní materiály, stravování, výzkumné granty a vzdělávací programy pro studenty indiánského původu.

B. Střední Amerika a Karibská oblast

Tab.77.15:Vzdělání ve Střední Americe a Karibské oblasti v r. 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Mexiku	Vzdělání bezplatné a gramotnost je vysoká, díky špatné vybavenosti venkova se zde nachází málo středních škol.
Guatemala	vzdělání je bezplatné, nedostatečné prostředky pro jeho rozvoj
Belize	Šk. financováno státem, většinou vedeno katolickou církví, úroveň gramotnosti je vysoká.
Salvador	Základní vz. je bezplatné a povinné, úroveň gramotnosti obyv. je nízká.
Honduras	Základní vz. je bezplatné a povinné, pro venkovské děti často nedostupné, ¼ dospělých je negramotná.
Nikaragua	Základní vz. je bezplatné.
Kostarika	Základní vz. je bezplatné, úroveň gramotnosti vysoká.
Panama	Školství je na poměry v oblasti poměrně na dobré úrovni.
Kuba	Vzdělání je na slušné úrovni.
Bahamy	Gramotnost: Celková populace: 95,6%, Muži:94.7%, Ženy: 96,5% (2003)
Haity	-----
Jamajka	Školství je bezplatné na všech úrovních.
Svatý Kryštof	Školní vzdělání je povinné a bezplatné a úroveň gramotnosti je vysoká.
Barbados	Vzdělání je až po vysokoškolské bezplatné.
Grenada	Bezplatné školství.
Trinidad a Tobago	Kvalitní státní vzdělání.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, ISBN 80-901727-6-8.

C. Jižní Amerika

Tab.77.16: Vzdělání v Jižní Americe v roce 2000.

STÁT	VZDĚLÁNÍ
Kolumbie	Základní vz. je bezplatné a povinné v délce pěti let, negramotných je více než 1/5 dospělých obyvatel.
Venezuela	Základní vz. je bezplatné a povinné, střední školství je slabě rozvinuto, vysokoškolské vz. je bezplatné pro všechny studenty, kteří složili přijímací zkoušky.
Guyana	Vzdělání je dostupné všem obyvatelům, gramotnost je vysoká.
Surinam	Základní vz. je bezplatné a přístupné všem až po univerzity.
Bolívie	20% dospělých je negramotných.
Ekvádor	Vzdělání je dostupné všem obyvatelům až po univerzitní stupeň.
Peru	Základní vz. je bezplatné a povinné, vyšší vzdělání je pro venkovské obyvatele vesměs nedostupné, gramotnost obyvatel je poměrně

	vysoká (90%).
Brazílie	Vz. je povinné od 7 do 14 let a bezplatné, střední vz. je dostupné jen pro malé množství uchazečů, to samé platí i pro vysoké školy, kde studuje relativně málo studentů, negramotnost dospělých dosahuje téměř 20 %.
Paraguay	Míra negramotnosti poklesla pod 20 %.
Chile	Vz. je povinné od 6 do 13 let, existují zde státní i soukromé školy, úroveň gramotnosti patří k nejvyšším v Latinské Americe.
Argentina	Základní vz. je do 13 let povinné, bezplatný je celý systém vzdělání až po vysoké školy, úroveň gramotnosti a vzdělanosti je nejvyšší v Jižní Americe, v zemi existuje přes 50 univerzit s největší koncentrací v Buenos Aires.
Uruguay	Školství je na vysoké úrovni.

Zdroj dat: Encyklopedie zeměpis světa. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8.

1.5 Chudoba a bohatství

1.5.1 Hospodářská úroveň

Pro hospodářské porovnávání jednotlivých zemí existuje celá řada hledisek. OSN řadí státy světa do následujících čtyř skupin: vyspělé země (USA, Německo, Švýcarsko), středně vyspělé země (Česká republika, Mexiko, Turecko), rozvojové země (Surinam, Kenja, Filipíny), nejméně rozvinuté země světa (Least developed countries, LDCs) - jsou to zaostalé země, v roce 1996 to bylo celkem 48 zemí (např. Bangladěš, Laos, Haiti, Somálsko a další).

Vyspělost jednotlivých zemí se dá hodnotit podle ekonomických a sociálních ukazatelů. Hrubý domácí produkt neboli HDP (angl. GDP – Gross Domestic Produkt), jedná se o hodnotu veškeré produkce výrobků i služeb vytvořené v určitém státě nebo oblasti za jeden rok, vyjádřená nejčastěji v amerických dolarech (USD). Udává se buď HDP přepočtu na jednoho obyvatele, nebo celková výše HDP, která odpovídá hospodářské síle státu a jeho postavení ve světovém hospodaření (BIČÍK, I, 2001).

Mezi další ekonomické ukazatele řadíme zadluženost státu. Některé rozvojové země si peníze potřebné pro vlastní rozvoj pučí od bankovních institucí, ke kterým patří například Světová banka. Mezinárodní měnový fond (MMF) a Světová banka jsou dvě instituce, které byly založeny po druhé světové válce, aby napomohly obnově Evropy. Finanční prostředky jsou půjčovány na úrok a ten je tím vyšší, čím delší je doba splatnosti. Mnohé země jsou nucené používat značnou část svých zisků z obchodu k úhradě úroků namísto toho, aby je využil k vlastnímu rozvoji.

Míra inflace země, při vysoké inflaci dochází k znehodnocování mezd, kapitálu a vkladů. Nejvyspělejší státy světa mají inflaci kolem 1% za rok.

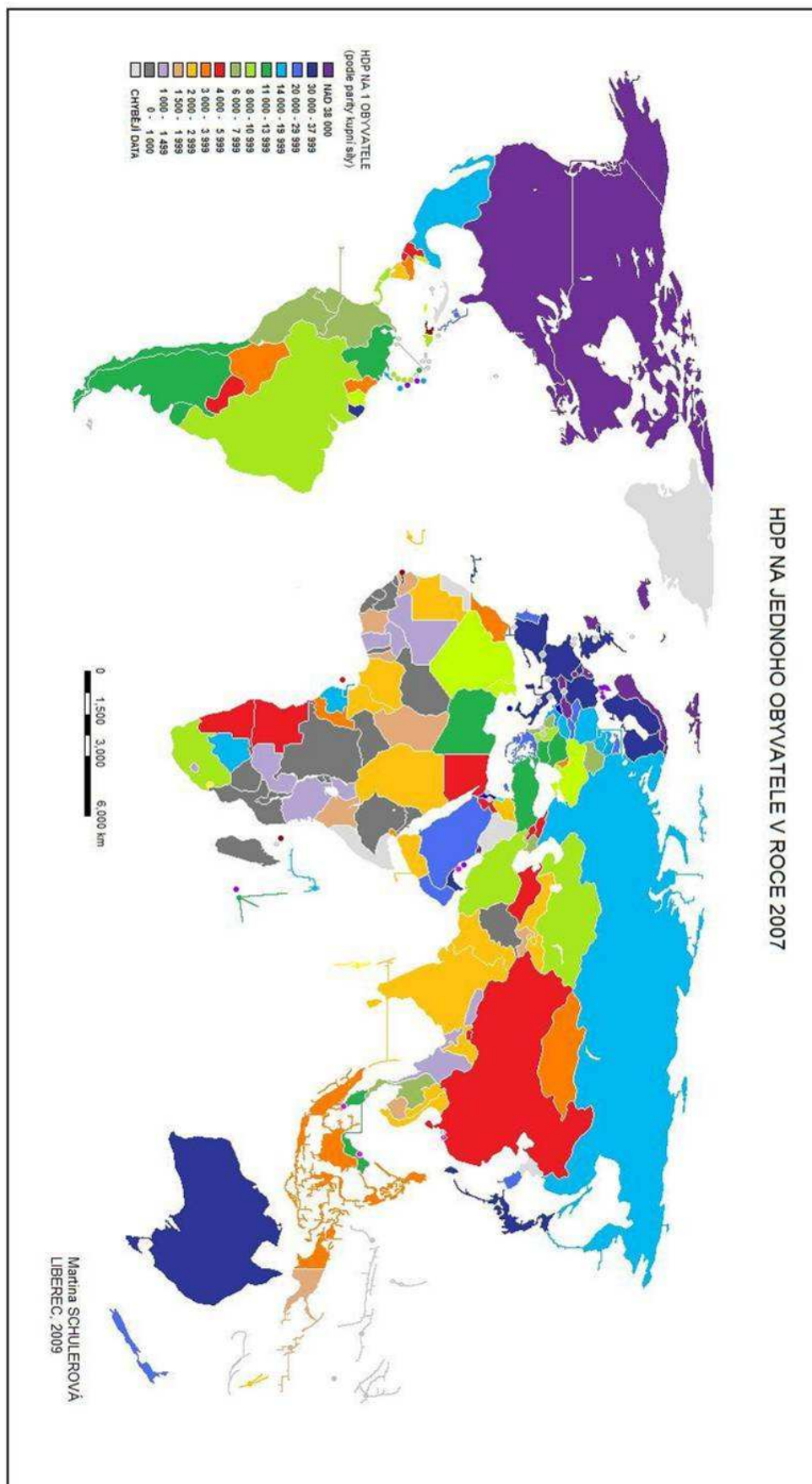
Hodnocení tzv. ratingu (kvality) bank a pod. – velká finanční a burzovní centra vypracovávají každoročně hodnocení hospodářství. Dobrý rating (u vyspělé země) bývá označován písmeny A, slabší písmenem B nebo dokonce C.

Jiné země mají obrovský finanční kapitál získaný obchodem. Struktura a poměr obchodu, výše reálných mezd a investiční rizika.

Do sociálních ukazatelů patří zdravotní stav a věk dožití populace. Dobrý zdravotní stav a vysoký průměrný věk dožití obyvatelstva je znakem vyspělého státu. Nejvyšší hodnoty u vyspělých zemí přesahují u žen i mužů 80 let. V rozvojových zemích klesá průměrný věk pod 50 let.

Human Development Index (Index lidského rozvoje), je jiným indikátorem vyspělosti státu, který každoročně vydává OSN. Tento HDI indikátor se vypočítává ze tří kategorií: úroveň vzdělanosti (gramotnost, návštěvnost různých stupňů škol a j.), lidské zdraví (novorozenecká a kojenecká úmrtnost, průměrná délka života a jiné) a hmotná životní úroveň (HDP/obyv. v paritě kupní síly).

Mapa 80.10:HDP na jedného obyvateľa v roke 2007.



A Největší HDP na obyvatele v Africe mají ostrovní země jako Réunion, Mauríius nebo Seychely, dále pak Gabon, Libye a Republika Jižní Afrika (přes 2500 USD na obyv.), nejméně Mosambik, Somálsko, Súdán a Rwanda (pod 100 USD). Vývoj v 90. letech ukazuje zlepšenou situaci v některých zemích (růst HDP, průmyslové produkce). Perspektivou pro Afriku je i celosvětově rostoucí turistický ruch (safari, historické památky, moře).

1.5.2 Afrika

V Africe nejsou přírodní podmínky pro život příliš příznivé, značnou část kontinentu pokrývají suché pouště. Rozloha pouští se stále zvětšuje, to je proces dezertifikace. Ročně se tak pouště rozrostou o přibližně 40-50 tis. km². Putující duny o rozměrech až 0,5 km se pohybují pouští a často ohrožují oázy. Vlhké a horské tropické pralesy nebo vyprahlé horní plošiny. Také proto patří mnoho afrických států mezi nejchudší země na světě

Hlavní "pás hladu a smrti" se rozkládá v blízkost rovníku – od Afriky po jihovýchodní Asii (Skokan, L., 1991).

V Africe patří k nejméně rozvinutým zemím Angola, Benin, Burkina Faso, Burundi, Čad, Demokratická republika Kongo, Džibutsko, Eritrea, Etiopie, Gambie, Guinea, Guinea-Bissau, Kapverdy, Komory, Lesoto, Libérie, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretánie, Mosambik, Niger, Rovníková Guinea, Rwanda, Senegal, Sierra Leone, Somálsko, Středoafriická republika, Súdán, Svatý Tomáš a Princův ostrov, Tanzanie, Togo, Uganda a Zambie.

Slumy

Chatrče v okolí města jsou přelidněné a nemají žádnou infrastrukturu. Vznikají na neatraktivních místech: ve znečištěných oblastech, v okolí kanalizačních stok nebo na prudkých svazích, kde hrozí sesuvy. Je tu vysoká úmrtnost dětí, krátká délka života, podvýživa, nedostatek škol, kriminalita.....

Obr.82.16:Slumy a townshipy Kapského města



Zdroj dat: yomon.bloguje.cz/568598-vzpominky-na-afriku

1.5.3 Asie

Do deseti nejméně rozvinutých zemí v Asii se řadí: Afghánistán, Bangladéš, Barma, Bhútán, Jemen, Kambodža, Laos, Maledivy, Nepál a Východní Timor.

Arabský region

Někteří zahrnují do arabského regionu státy severní Afriky, Arabského poloostrova a oblasti úrodného púlměsíce. Pro účely práce arabský region (WAISOVÁ, 2006) tvoří všechny státy, které jsou členem Ligy arabských států. Jedná se o dvacet dva států z výše jmenovaných oblastí, ale zahrnuje mimo jiné také Mauretánii, Somálsko, Súdán, Džibuti a Komory.

Tento celek arabských států (WAISOVÁ, 2006) dělí do čtyř skupin na základě geografické blízkosti, dosažené úrovně rozvoje a dostupných zdrojů:

1.Maghrib: Alžírsko, Maroko a Tunisko patří do kategorie s nižším středním příjmem (826 – 3 255 USD). Libye do kategorie států s vyšším středním příjmem (3 256 – 10 065 USD). V Maghribu žilo v r. 2000 pod hranicí chudoby 9,1 % obyvatel. V Alžírsku žilo pod hranicí chudoby v roce 1995 22,6 % obyvatel, v roce 1998 pak 12,2 %, v Maroku se podíl chudého obyvatelstva od roku 1991 zvýšil na 19 % a v roce 1999 a v Tunisku zůstává podíl stabilní kolem 7,5 %.

2.Mašriq: Mezi státy Mašriq řadíme Egypt, Irák, Jordánsko, Libanon, Palestinu a Sýrii. Odhady podílu obyvatelstva žijícího v chudobě pro rok 2000 hovoří o 15,7 %. V Jordánsku došlo v letech 1991 – 1997 ke snížení podílu chudoby z 15,0 na 11,7 %. V Egyptě byl podíl chudoby snížen z 22,9 % v roce 1996 na 16,7 % v roce 2000.

3.Státy Rady pro spolupráci Zálivu (GCC): Členskými státy GCC jsou Bahrain, Katar, Kuvajt, Omán, Saudská Arábie, Spojené arabské emiráty. Sedmý stát Arabského poloostrova Jemen, je zahrnuto do následujících skupin. Pro státy GCC neexistují údaje o výskytu chudoby. Všechny státy GCC patří do skupiny vysokých příjmů.

4.Nejméně rozvinuté státy (LDCs): Čtvrtou skupinu tvoří státy, které neleží v jedné geografické oblasti, ale všechny bez výjimky patří mezi nejméně rozvinuté státy světa. Jedná se o státy Džibuti, Jemen, Komory.

1.5.3.1 Multilaterální arabské rozvojové instituce

Tyto instituce představují koordinovanou snahu arabských států poskytovat rozvojovou pomoc. (WAISOVÁ, 2006)

Arabský fond pro hospodářský a společenský rozvoj

V roce 1968 byl vytvořen Arabský fond pro hospodářský a společenský rozvoj (AFESD). Jedná se o arabskou regionální finanční instituci a jejím cílem je podpora hospodářského a společenského rozvoje arabských zemí:

- Podpora přímých i nepřímých investic do arabského rozvoje.
- Zakládání účelových fondů a jejich zpráva za účelem, k němuž byly vytvořeny.
- Poskytování odborných znalostí a služeb technické spolupráce pro různé sféry arabského hospodářského rozvoje.
- Financování hospodářských rozvojových projektů. Poskytovány jsou půjčky s nízkým úrokem vládám a veřejným podnikům a společnostem. Přednost je dáвана projektům s celoarabským dosahem.

Arabská banka pro hospodářský rozvoj v Africe

Arabská banka pro hospodářský rozvoj v Africe (BADEA) byla založena usnesení vlád členských zemí LAS roku 1974, svojí činnost zahájila roku 1974. (WAIŠOVÁ, 2006)

Tato banka byla vytvořena za účelem posílení ekonomické, finanční a technické spolupráce mezi arabskými a africkými zeměmi. Jedná se o nezávislou mezinárodní instituci s plnou autonomií ve finančních a administrativních záležitostech. Banka má mandát, který zahrnuje půjčky a garance místním nebo regionálním institucím podílející se na:

- Financování rozvoje.
- Finanční spolupodílení se na významných hospodářských projektech.
- Poskytování finanční a technické pomoci.
- Příprava projektů a programů.

K multilaterálním arabským rozvojovým institucím se dále řadí:

- ***Islámská rozvojová banka***
- ***Arabský úřad pro investice do zemědělství a jeho rozvoj***
- ***Arabský program Zálivu pro rozvojové organizace Spojených národů***
- ***OPEC fond pro mezinárodní rozvoj***

1.5.4 Latinská a Jižní Amerika

Ve dvacátém století byla Latinská a Jižní Amerika zužována vládou řady diktátorů, v Nikaragui to byla rodina Lomožů, Dominikánskou republiku terorizoval po tři desetiletí klan Trujillů, v El Salvadoru to byl Hernández Martínez, v Hondurasu Cariá Andino atd. (ŠUMAVSKÝ, 1980)

Diktátor – neomezený samovládce

Všichni diktátoři využívali svého postavení k vlastnímu nesmírnému obohacování. Další podstatnou část státních příjmů zhltili jejich prominenti a korupce. (ŠUMAVSKÝ, 1980)

Po první světové válce se v Latinské Americe začala postupně rozvíjet kapitalismus. Začala růst průmyslová výroba, podněcována investicemi

zahraničního kapitálu a částečně i domácího charakteru , začínal proces kapitalizace v zemědělství.

Velký vliv na hospodaření v Latinské Americe měla církev, která si postupem let vybudovala silné ekonomické postavení a stala se největším majitelem půdy. Stala se nejvýznamnější překážkou všech pokusů o modernizační proces a duchovní emancipaci, a to až do vyhlášení encykliky „Mater et magistra“ papežem Janem XXIII. V 60. letech. (ŠUMAVSKÝ, 1980)

Na přelomu 50. a 60. let se latinskoamerické země již dost zřetelně rozdělily do několika skupin podle stupně svého hospodářského rozvoje: do první skupiny patřily nejvíce vyvinuté země jako Argentina, Brazílie a Mexiko, jež měly průmyslově agrární charakter a v nichž kapitalismus dosáhl již vysokého stupně zralosti. Chile a Uruguay tvořily přechod ke druhé skupině, k zemím agrárně průmyslovým, jako Venezuela, Kolumbie, Peru a El Salvador. Ostatní země byly více méně zaostalými agrárními zeměmi. (ŠUMAVSKÝ, 1980)

Podle (ŠUMAVSKÝ, 1980) má Latinská Amerika k průmyslovému rozvoji předpoklady: dostatek surovin, možnosti velkého zvýšení zemědělské výroby a rozšíření vnitřního trhu, má dostatek i pracovních sil. Na druhé straně má však velké zahraniční dluhy a nedostatek volného kapitálu.

Na kontinentu stále dochází k výrazné urbanizaci. Latinskoamerická velkoměsta mají jiný charakter než severoamerická. Kromě velkého množství bezprizorných nezaopatřených dětí, zužuje jihoamerická velkoměsta veliká kriminalita, znečištění ovzduší a vody.

Mexiko má vysoký přirozený přírůstek - 2,5% (ortodoxní katolíci) a vysokou migraci z venkova do měst. Hlavní město Ciudad de México je obrovskou sídelní aglomerací (skoro 20 mil.). Patří mezi města s největšími sociálními rozdíly mezi obyvateli jednotlivých čtvrtí. Ve východní části se lidé potýkají s chudobou, nezaměstnaností a nedostatkem jídla a pitné vody. Naopak je tomu v západní část, která je rájem bohatců, oplývající blahobytem.

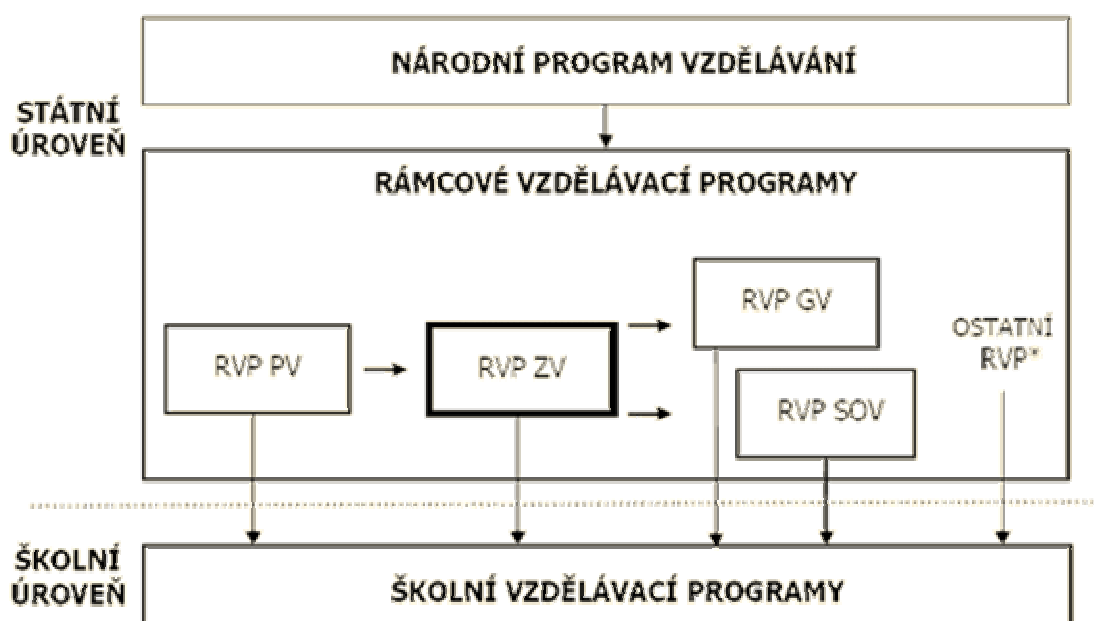
Mezi hlavní problémy patří v tomto městě a v různých státech na světě růst předměstských čtvrtí se slumy, které se zpravidla nacházejí na okraji měst.

Lokální názvy: favelfavely v Brazílii, poblaciones callampas v Chile, villas miseri v Argentině, ranchos v Venezuele, barriadas v Peru, barrios marginale v Ekvádoru, ciudades perdidas v Mexiku

2 VZDĚLÁNÍ V ČR

V České republice byl chválen nový školský zákon (zákon č.561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání), díky tomuto zákonu vstoupila v platnost soustava nových učebních (kurikulárních) dokumentů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), představující rámcové vzdělávací programy (RVP) a školní vzdělávací programy(ŠVP). Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní (Tlach S. – Herink J.,2006)

Obr.86.17: Systém kurikulárních dokumentů



Zdroj dat: <http://www.scio.cz/skoly/rvp/odstavec.asp?odstavecID=1060>

2.1 Systém kurikulárních dokumentů

Bílá kniha

Národní program rozvoje vzdělávání v České republice vznikl na základě usnesení vlády České republiky č. 277 ze dne 7. dubna 1999, která v něm – v návaznosti na programové prohlášení z července 1998 – schválila hlavní cíle vzdělávací politiky. Přijaté cíle se staly východiskem „Koncepce vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy v České republice“ zveřejněné Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy dne 13. května 1999.

Rámcově vzdělávací program (RVP)

Rámcově vzdělávací program měl za úkol postupně nahradit dokumenty Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. RVP vymezují závazné rámce vzdělávání pro jeho jednotlivé etapy - předškolní, základní a střední vzdělávání

Školní vzdělávací programy(ŠVP)

Školní vzdělávací program představuje rozpracování vzdělávacího obsahu jednotlivých vzdělávacích oborů RVP do určitých vyučovacích předmětů v jednotlivých ročnících daného typu školy. ŠVP si vytváří každá škola podle zásad stanovených v příslušném RVP

Klíčové kompetence představují souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti.

- Kompetence k učení
- Kompetence k řešení problémů
- Kompetence komunikativní
- Kompetence sociální a personální
- Kompetence občanské
- Kompetence pracovní

Smyslem a cílem vzdělávání je vybavit všechny žáky souborem klíčových kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná, a připravit je tak

na další vzdělávání a uplatnění ve společnosti. Osvojování klíčových kompetencí je proces dlouhodobý a složitý, který má svůj počátek v předškolním vzdělávání, pokračuje v základním a středním vzdělávání a postupně se dotváří v dalším průběhu života.

Vzdělávací oblasti

Vzdělávací obsah základního vzdělávání je v RVP ZV orientačně rozdělen do devíti vzdělávacích oblastí. Jednotlivé vzdělávací oblasti jsou tvořeny jedním vzdělávacím oborem nebo více obsahově blízkými vzdělávacími obory:

1. Jazyk a jazyková komunikace
2. Matematika a její aplikace
3. Informační a komunikační technologie
4. Člověk a jeho svět
5. Člověk a společnost
6. Člověk a příroda (Fyzika, Chemie, Přírodopis, Zeměpis)
7. Umění a kultura
8. Člověk a zdraví
9. Člověk a svět práce

Národní program vzdělávání, rámcové vzdělávací programy i školní vzdělávací programy jsou veřejné dokumenty přístupné pro pedagogickou i nepedagogickou veřejnost. Školní vzdělávací programy slouží učitelům a vedoucím pracovníkům škol, koordinátorům tvorby školních vzdělávacích programů, studentům a učitelům fakult připravujících učitele a všem zájemcům o vzdělávací reformní změny.

2.2 Tématické okruhy

Tématický okruh Geografické informace , zdroje dat, kartografie a topografie prostupuje celým kurzem vyučovacího předmětu Zeměpis (Geografie) na druhém stupni základní školy (6. – 9. ročník). V jeho rámci si žáci osvojují, postupně rozvíjejí a používají ve všech souvislostech komunikační geografický a kartografický jazyk (Tlach S. – Herink J.,2006)

2.2.1 Životní prostředí

- Vztah příroda a společnost: trvale udržitelný život a rozvoj, principi a zásady ochrany přírody a životního prostředí, chráněná území přírody, globální a environmentální problémy lidstva.

Doporučený ročník: 8. – 9. ročník ZŠ a odpovídající ročníky víceletých gymnázií

V tabulkách byly použity tyto zkratky:

Pro složku Konkretizovaná průřezová témata z RVP ZV:

EV – Environmentální výchova

EGS - Výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech

OSV – Osobní a sociální výchova

MV – Multikulturní výchova

VDO – Výchova demokratického občana

Pro složku Mezioborové a mezipředmětové souvislosti, vazby a přesahy:

D – Dějepis

VZ – výchova ke zdraví

VO – Výchova k občanství

Tab.90.18:Životní prostředí

Žák	Školní učivo rozpracované v tématech	Přifazová témata	Mezoborové a mezipředmětové souvislosti, vazby a přesahy	Výbrané postupy, metody a formy výuky; učební pomůcky; materiály atd.
Objasnění nerovnoměrného rozmištění a využití ní přírodních zdrojů a energií ve světě a posoudí nebezpečí nedostatku přírodních zdrojů s ohledem na další vývoj a rozvoj potřeb lidské společnosti Známosti na příkladech vliv kvality životního prostředí na zdravotní stav obyvatelstva, na tvorbu životního stylu i na společenské klima	Interakce příroda a společnost Společenské (sociální) prostředí a jeho vztah k přírodnímu prostředí Složky a aspekty společenského prostředí	EV – Lidské aktivity a problémy životního prostředí Vztah člověka k prostředí: životní styl, prostředí a zdraví, možnost a způsoby ochrany zdraví	VZ – Zdravý způsob života a péče o zdraví Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence: Ochrana člověka za mimořádných událostí (živelné pohromy)	Krátkodobý školní projekt
Vyhodnotí společné a rozdílné aspekty v životním prostředí města a venkova	Globální, ověřovací, environmentální.	EGS -Objevujeme Evropu a svět globální problémy lidstva		Vytvářením myšlenek a (mentální) mapy

Zdroj dat:HERINK, J – TLACH, S..*Základy zeměpisných znalostí.*

2.2.2 Společenské a hospodářské prostředí

- Obyvatelstvo světa – základní kvantitativní a kvalitativní geografické, demografické, hospodářské a kulturní charakteristiky.
- Globalizační společenské, politické a hospodářské procesy – aktuální společenské, sídelní, politické a hospodářské poměry současného světa, sídelní systémy, urbanizace a suburbanizace.
- Regionální společenské, politické a hospodářské útvary – porovnávací kritéria: národní a mnohonárodnostní státy, části státu, správní, oblasti, kraje, města, aglomerace; hlavní a periferní oblasti světa; stupeň rozvoje států světa

Doporučený ročník: 8. – 9. ročník ZŠ a odpovídající ročníky víceletých gymnázií.

Tab.91.19:Společenské a hospodářské prostředí

Zákl.	Skupinová rozpracovaná témata	Průřezové témata	Mezoborové a mezipředmětové souvislosti, vazby a přesahy	Vybrané postupy, metody a formy výuky, učební pomůcky, materiály atd.
Porovnává oceňovanou děku života vyspělých a méně rozvinutých zemí, na základě zjištěných rozdílů objasní příčiny rozdílů	Společenské prostředí Obyvatelstvo světa a jeho podzemí	OSV – sociální rozvoj EV – lidské aktivity a problémy životního prostředí : průmyslová revoluce a demografický vývoj	VO – Bůvek ve společnosti	Činnost se statistickými materiály : tabulky, grafy, výtahy a analýzy
Pojmenuje příčiny přečerpání v urbánních částech světa, jeho dopady na sociální a na životní prostředí	Rozmístění obyvatelstva na Zemi
Objasní vliv přírodních a společenských faktorů na rozmístění obyvatelstva a proměnlivost vlivů těchto faktorů v historii lidské společnosti	Struktura obyvatelstva
Uvádí příklad praktických rozdílů v dělení obyvatelstva podle sociálněekonomických znaků v různých oblastech světa (např. produkční věk, ve vyspělých státech převládá výrazně střední dělu života řady méně rozvinutých států) a komentuje tyto skutečnosti	Hospodářské prostředí Světové hospodářství	EGS – Objevujeme Evropu a svět: orientace v tématických mapách, grafech, statistických tabulkách světového hospodářství EV – Lidské aktivita a problémy životního prostředí: udržení životní (rozvoj) společnosti	VO – Sít a hospodářství Sít a právo	Činnost se statistickými materiály
Vymezí podstatné rozdíly mezi vyspělým tržním hospodářstvím vyspělých států a ekonomikou málo rozvinutých států Uvádí a hodnotí kritéria pro porovnání hospodářské a společenské vyspělosti země (např. ukazatele HDP, podíl služeb ve struktuře zaměstnanosti, gramotnost obyvatelstva apod.)	Světové zemědělství	EGS – Objevujeme Evropu a svět:	D – Políky lidské společnosti: význam zemědělství pro rozvoj lidské společnosti
Pojmenuje význam zemědělství pro výživu, lidstva a jeho pojetí s ostatními složkami národního hospodářství				

Zdroj dat:HERINK, J – TLACH, S..Základy zeměpisných znalostí.

2.2.3 Regiony světa

- Světadíly, oceány, makroregiony světa – určující a porovnávací kritéria: jejich přiměřená charakteristika z hlediska přírodních a socioekonomických poměrů s důrazem na vazby a souvislosti (přírodní oblasti, podnebné oblasti, sídelní oblasti, jazykové oblasti, náboženské oblasti, kulturní oblasti)
- Modelové regiony světa – vybrané modelové přírodní, společenské, politické, hospodářské, environmentální problémy, možnosti jejich řešení.

Doporučený ročník: 6. – 7. ročník ZŠ a odpovídající ročníky víceletých gymnázií.

Tab.94.20:Regiony světa.

Zak	Školní učivo rozpracované v tématech	Průřezové témata	Meziorborové a mezipředmětové souvislosti, vazby a přesahy	Vybrané postupy, metody a formy výuky, učební pomůcky, materiály atd.
Afrika				
Porovnává podnebí v jednotlivých částech Afriky podle teploty a množství srážek, určí jednošlivá podnebná pásma. Objasní závislost rozměru stěni rostlinstva a živočišstva a částech i pod na podnebí	Podnebí a vodstvo Afriky	-----	-----	Obrázkové dokumenty a videonáhrady
Posoudí přírodní nerovnoměrnost v rozmišření afrického obyvatelstva. Srovnává obyvatelstvo afrických zeměpisných oblastí podle kultury, způsobu života a náboženství. Posoudí přírodní konflikty, situaci a hospodářského zaostávání afrických států	Obyvatelstvo Afriky	MV – Kulturní rozdíly Etnický původ, různé způsoby života, odlišné myšlení a vnímání světa	D – Počátky lidské společnosti Rozdělení a integrující se svět	Obrázkové dokumenty a videonáhrady
Ámerika				
Vyhledá v mapách nejjuštější a řídce zašidněné oblasti Ameriky. Posoudí přírodní nerovnoměrnost v rozmišření amerického obyvatelstva	Oblasti (regiony) a státy Ameriky	MV – Kulturní rozdíly Etnický původ VDO – respektování kulturních etnických a jiných odlišností	-----	Krátkodobý projekt
Charakterizuje obyvatelstvo, hospodářství, kulturní tradice, vybrané oblasti a sídla Mexika	Střední Amerika Karibská oblast Jižní Amerika	MV – Kulturní rozdíly Etnický původ MV – kulturní rozdíly Etnický původ	----- -----	-----
Asie				
Vyhledá v mapách nejjuštější a řídce zašidněné oblasti Asie. Posoudí přírodní nerovnoměrnost v rozmišření obyvatelstva Asie. Porovnává obyvatelstvo Asie podle kultury, způsobu života a náboženství	Obyvatelstvo a osídlení Asie	MV – kulturní rozdíly Etnický původ VDO – respektování kulturních etnických a jiných odlišností	-----	Krátkodobý projekt

Zdroj dat:HERINK, J – TLACH, S..Základy zeměpisných znalostí.

3 DOTAZNÍK

Dotazník jsem vytvořila pro žáky osmých a devátých tříd ZŠ. Jeho prvotním cílem bylo zjistit informovanost u 200 žáků (124 dívek, 76 chlapců) na základních školách ve městě Liberci v roce 2009. Mým druhotným cílem bylo vzbudit v žácích a nejenom v nich, zájem o dané téma. Tento dotazník svým způsobem může sloužit jako prevence před nakažením nemoci AIDS, hepatitidou aj.

Obr.95.18:Dotazník

Dotazník je anonymní. Správné odpovědi zakroužkuj, co je třeba, dopiš. Za vyplnění dotazníku děkuji.

1. Jaké znáš onemocnění, které ohrožuje velké množství lidí na světě?

.....

2. Slyšel(a) si někdy o nemoci zvané AIDS?

a, ano ne

(pokud si zakroužkoval(a) ne - pokračuješ třetí otázkou)

b, Co tuto chorobu způsobuje?

.....

c, Jak se nemoc přenáší?

.....

d, Kde ses o této nemoci dozvěděl(a)?

- škola kamarádi
- rodina počítač
- kniha TV noviny
- rádio
- někde jinde.....

3.Víte o jaké nemoci se říká „nemoc špinavých rukou“?

a, chřipka b, hepatitida c, angina

4. Malárie je onemocnění roznášené moskyty, které se nejvíce vyskytuje?

a, Amerika b, Asie c, Evropa d, Afrika

5.Mezi rozvojové země řadíme?

USA Somálsko ČR Etiopie Kanada

6.Lidé žijící v rozvojových zemích mají nedostatek?

.....

7. Odhadni kolik l vody spotřebuješ za jeden den?

a, do 50 l b, 50 – 100 l c, 100 -150 l d, více jak 150 l

8. Kdo je to negramotný člověk?

.....

9. Znáš organizaci, která pomáhá lidem v nouzi?

.....

Vyhodnocení dotazníku

Dotazník je koncipován jako polostrukturovaný, kdy se střídají otevřené otázky s polozavřenými otázkami.

U otázek s vícenásobným počtem správných odpovědí bylo nutné vyhodnotit procentuální úspěšnost napsaných odpovědí. Správné odpovědi jsou vyznačeny červeně.

Postup při tvorbě dotazníku

- Otázky byly tvořeny tak, aby nebyly časově náročné při jejich zodpovídání.
- Postupovala jsem od jednodušších otázek ke složitějším. Hlavní zásadou je jednoznačnost a srozumitelnost otázek.
- V případě otevřené otázky byla předem žákům vysvětlena její podstata, pro správné pochopení odpovědi.
- V dotazníku byly řešeny i logické vztahy mezi jednotlivými otázkami.

1. Otázka

Tab.96.21: Dotazník – odpovědi na otázku č.1.

1. OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CHLAPCI	DÍVKY
	pohlavní nemoci	167	51,5	63	104
	rakovina	58	17,9	16	42
	hepatitida	29	9	8	21
	ptačí chřipka	27	8,3	13	14
	malárie	17	5,3	2	15
	obezita	5	1,6	2	3
	tuberkulóza	5	1,6	0	5
	diabetes	4	1,2	0	4
	jiné (černý kašel)	4	1,2	4	0
	infarkt	2	0,6	1	1
	SARS	2	0,6	0	2
	cholera	2	0,6	0	2
	meningokok	1	0,3	0	1
	tyfus	1	0,3	0	1
	Celkem	324	100%		

Na otázku, onemocnění, které ohrožuje velké množství lidí na světě, bylo napsáno 324 odpovědí. 51,5 % z celkového počtu odpovědí činí pohlavní nemoci. Druhou nejpočetněji jmenovanou nemocí se stala rakovina s 17,9 % z celkového počtu odp. Choroby Meningokok a tyfus zaujímají s 0,3 % z celkového počtu odp. poslední dvě místa v tabulce.

2. Otázka

Tab.97.22: Dotazník – odpovědi na otázku č.2.

2 OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CH	D
A	Ano	190	95	70	120
	Ne	10	5	6	4
B	ODPOVĚDI				
	virus HIV	43	21,5	12	31
	drogy	7	3,5	4	3
	pohlavní styk	56	28	23	33
	nevím	94	47	35	59
	Celkem	200	100%		
C	ODPOVĚDI				
	pohlavní styk	154	55,4	54	100
	krví	95	34,2	25	70
	slinami	10	3,6	1	9
	jehlou	9	3,2	2	7
	dotykem	1	0,4	0	1
	nevím	9	3,2	7	2
	Celkem	278	100%		
D	ODPOVĚDI				
	škola	113	22,2	43	70
	Tv	90	17,7	37	53
	rodina	80	15,8	33	47
	počítač	69	13,6	32	37
	kamarádi	67	13,2	25	42
	rádio	47	9,3	24	23
	kniha	32	6,3	14	18
	nevím	10	2	7	3
	Celkem	508	100%		

Druhá otázka se týkala charakteristiky choroby AIDS. Dělí se na čtyři podotázky A,B,C a D. U podotázky A 70.chlapců a 120.dívek odpovědělo kladně. Zbýlých 10.žáků o nemoci AIDS nikdy neslyšelo. V podotázce B jsem se dotazovala co tuto chorobu způsobuje? Odpověď nevím (s 47% z celk.

počtu odp.) byla napsána 35 chlapci a 59 dívkami. Správně odpovědělo 21,5 % ž.. Převážná část ž. (55,4 % z celk.odpovědí) u podotázky C zvolila odpověď pohlavní styk, druhá nejčastější odpověď krví (34,2 % z celk. odpovědí).

Informace o nemoci AIDS se dotazované děti dozvídají nejčastěji ve škole (22,2 % z celk.odpovědí), pak z televize (17,7 % z celk.odpovědí) a z rodiny (15,8 % z odpovědí).

3. Otázka

Tab.98.23: Dotazník – odpovědi na otázku č.3.

3.OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CH	D
	a	0	0	0	0
	b	199	99,5	74	123
	c	0	0	0	0
	nevím	1	0,5	0	1
	Celkem	200	100%		

Víte o jaké nemoci se říká „nemoc špinavých rukou“? Na tuto otázku, až na jednu dívku odpovědělo správně celých 99,5 % dotazovaných žáků. Hepatitida byla v minulém roce často probíranou nemocí v médiích.

4. Otázka

Tab.98.24: Dotazník – odpovědi na otázku č.4.

4.OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CH	D
	a	0	0	0	0
	b	36	17,7	16	20
	c	1	0,5	1	0
	d	161	79,3	58	103
	nevím	5	2,5	3	2
	Celkem	203	100%		

Malárie je onemocnění roznášené moskyty, které se nejvíce vyskytuje v Africe. Správná možnost d tvoří 79,3 % z celkového počtu odpovědí (203). Tři chlapci a dvě dívky (2,5 % z celk. počtu odp.) neznali na tuto otázku odpověď. Zbýlých 36 žáků vybralo možnost c.

5. Otázka

Tab.99.25: Dotazník – odpovědi na otázku č.5.

5.OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CH	D
	USA	38	13,8	18	20
	Somálsko	113	47,5	36	77
	ČR	19	6,9	9	10
	Etiopie	82	29,7	35	47
	Kanada	13	4,7	8	5
	nevím	11	4	5	6
	Celkem	276	100%		

Mezi rozvojové země řadíme Somálsko 47 % (z celkového počtu odp.) a Etiopii 29,7 % (z celkového počtu odp.). Milně na tuto otázku odpovědělo 35 chlapců a dívek.

6. Otázka

Tab.99.26: Dotazník – odpovědi na otázku č.6

6.OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CH	D
	jídlo	100	28,1	36	64
	voda	78	21,9	26	52
	peníze	42	11,8	18	24
	léky	37	10,4	13	24
	lékařská pomoc	4	1,1	2	2
	hygiena	15	4,2	5	10
	oblečení	11	3,1	4	7
	obydlí	7	1,9	5	2
	vzdělání	6	1,7	4	2
	nerostné suroviny	8	2,3	3	5
	nevím	48	13,5	18	30
	Celkem	356	100%		

Správné odpovědi na šestou otázku v dotazníku tvoří dohromady 84,5 % z celkového počtu odp.. Z 84,5 % správných odp. připadá 28,1 % na jídlo, voda zaujímá 21,9 % a nejmenší procentuální část 1,7 % tvoří vzdělání.

7. Otázka

Tab.100.27:Dotazník – odpovědi na otázku č.7.

7.OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CH	D
	a	48	24	25	23
	b	72	36	25	47
	c	39	19,5	14	25
	d	27	13,5	8	19
	nevím	14	7	4	10
	Celkem	200	100%		

Na otázku, odhadni kolik litrů vody spotřebuješ za jeden den? 36 % z celkového počtu žáků volilo odpověď b, 50 – 100 l za jeden den. 25 chlapců si myslí, že spotřebuje méně jak 50 l vody za den. 13,5 % ž. odhadlo, že za den spotřebuje více jak 150 l. Na otázku nedokázalo zodpovědět čtrnáct žáků.

V případě této otázky, musela být předem žákům vysvětlena její podstata, pro správné pochopení odpovědi.

8. Otázka

Tab.100.28:Dotazník – odpovědi na otázku č.8.

8.OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CH	D
	správná odpověď	111	55,5	28	83
	nevím	26	13	8	18
	nechápatý čl.	6	3	4	2
	postižený čl.	12	6	8	4
	hloupý čl.	20	10	19	1
	čl., který nenavštěvoval šk.	24	12	8	16
	opilý	1	0,5	1	0
	Celkem	200	100%		

Správnou odpověď uvedlo 55,5 % z celkového počtu ž.. 13 % z celkového počtu žáků na otázku odpovědělo nevím. Zbylá část (40 chlapců a 23 dívek) si myslela, že negramotný člověk, bývá postižený, nechápatý, hloupý, nebo který nenavštěvoval školu nebo je dokonce opilý.

9. Otázka

Tab.101.29:Dotazník – odpovědi na otázku č.9.

9.OTÁZKA	ODPOVĚDI	POČET ODPOVĚDÍ	% Z CELK. POČTU ODPOVĚDÍ	CH	D
	Červený kříž	68	28,1	29	39
	UNICEF	40	16,5	15	25
	Člověk v tísni	19	7,9	5	14
	Kapka naděje	24	9,9	6	18
	Kuře	18	7,4	3	15
	Světluška	4	1,7	1	3
	ADRA	2	0,8	0	2
	Maják v bouři	4	1,7	1	3
	Klokánek	1	0,4	1	0
	Nadace T.Maxové	7	2,9	0	7
	OSN	15	6,2	2	13
	církev	1	0,4	0	1
	Paraple	1	0,4	1	0
	nevím	38	15,7	22	16
	Celkem	242	100%		

Znáš organizaci, která pomáhá lidem v nouzi? Na prvním místě se umístila organizace Červený kříž s 28,1 % celkového počtu odpovědí.

4 PROJEKT

Do projektu byli zapojeni žáci dvou osmých tříd Základní školy Ještědská. Děvčata a chlapci měli za úkol se rozdělit do pěti pokud možno stejně početných skupin. Kapitán z každé skupiny si vylosoval své téma. Celá tématická mapa musela být zhotovena vlastní rukou.

Cíl

Cílem mnou zadaného projektu bylo vytvoření pěti map na téma malárie, TBC, AIDS, hepatitida typu A a rozvojové země. Dalším cílem, stejně jako u dotazníku, bylo vzbudit zájem u žáka, jeho zvědavost a působit preventivně. Při práci na projektu byla důležitá vzájemná kooperace mezi členy skupiny.

Pomůcky

Do každé skupiny jsem rozdala slepou politickou mapu světa, do které žáci měli pomocí pastelky zakreslit výskyt daného onemocnění nebo rozvojových zemí. Dále dostali čtvrtku ve formátu A3 a pomocnou šablonu, která je měla navést při vkládání jednotlivých částí mapy (viz. obrázek) a přibližnou osnovu pro vypracování mapy.

Obr.101.19:Pomocná šablona.

NÁZEV		OBRÁZEK
OBRÁZEK	MAPOVÉ POLE	LEGENDA
NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	1 : 75 000 000	
GRAF TABULKA	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	PODPIS
		Kátka NOVÁKOVÁ WWW.AIDS.CZ

Obr.102.20: Osnova pro vypracování mapy

<p>A. ONEMOCNĚNÍ - Hepatitida</p> <p>1. Charakteristika onemocnění</p> <p>a) Co je to za nemoc?</p> <p>b) Projev choroby?</p> <p>c) Co tuto chorobu způsobuje?</p> <p>d) Jak se nemoc přenáší?</p> <p>e) Jak se můžeme účinně chránit před nakažením?</p> <p>2. Výskyt hepatitidy typu A (viz.politická mapa světa).</p> <p>3. Jaká organizace se zabývá touto chorobou? Jak pomáhá nemocným?</p> <p>4. Doplnit vhodnými obrázky, grafy, tabulkami (dobrovolně).</p> <p>5. Když si nebudete vědět s něčím rady napište na: martina.schulerovala@seznam.cz</p>

Doba trvání

Po dohodě s žáky a vyučující zeměpisu jsem stanovila dobu trvání projektu na jeden měsíc.

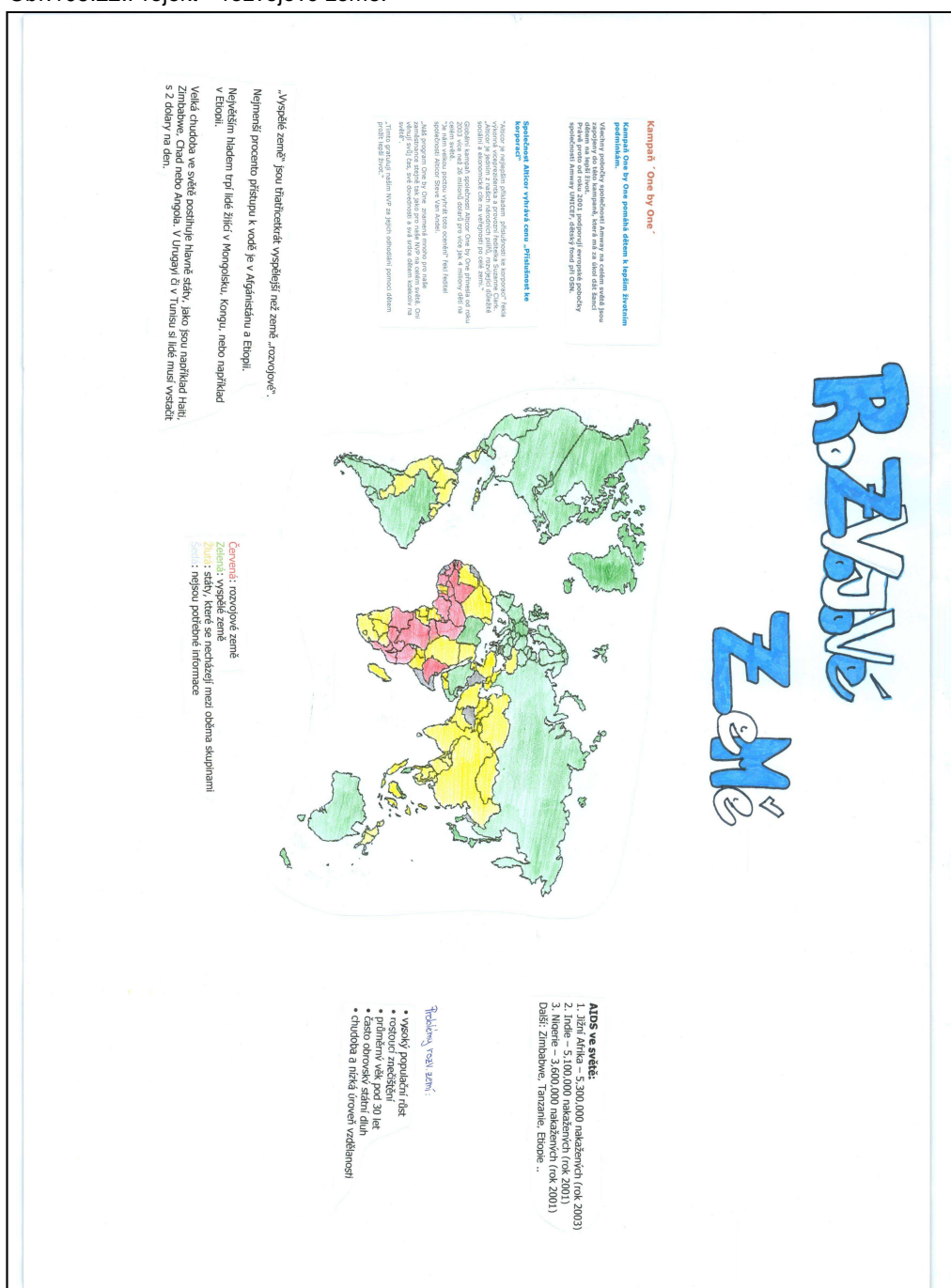
Hodnocení projektu

Z dvou tématických map jsem byla příjemně překvapena. Jejich grafické zpracování napovídalo, že byly vytvořeny se zájmem. Bohužel zde byly i takové práce které mě nezaujaly. Na první pohled bylo zřejmé, že jsou odbyté.

Samotná tvorba mapy byla ovlivněna nedostatkem zkušeností s danou formou projektu. Ukázalo se, že vyhledávání informací nedělá žákům žádné těžkosti. Konečná práce byla hodnocena jak slovně, tak známkou.

[illegible]

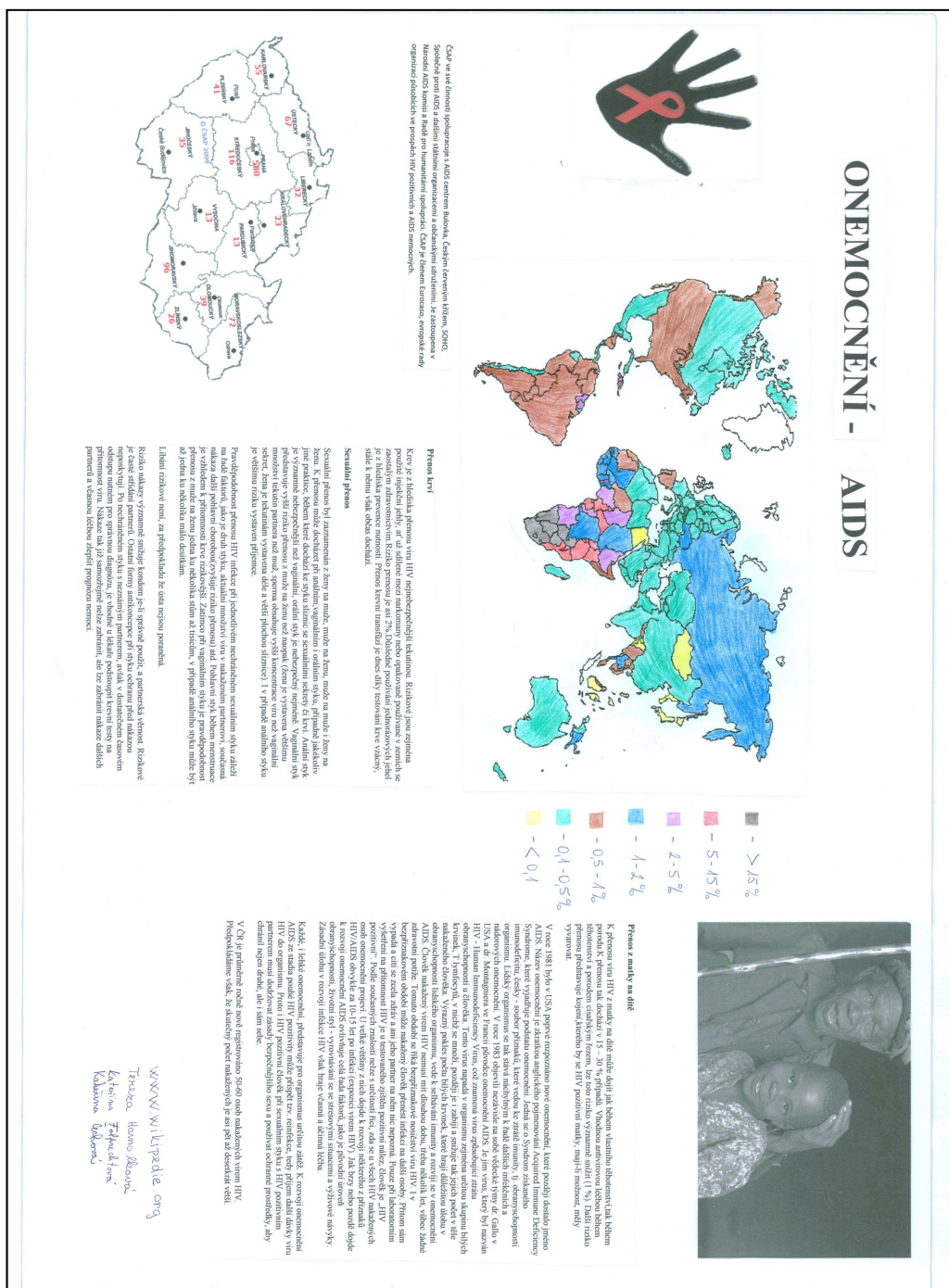
Obr.105.22:Projekt – rozvojové země.



106

106

Obr.107.24:Projekt – onemocnění AIDS .



[illegible]

5 ZÁVĚR

Diplomové práce se zabývala komplexním zmapováním životní úrovně jednotlivých kontinentů. Jelikož je toto téma značně rozsáhlé, bylo nutné vyčlenit to nejdůležitější.

Ve vyspělých zemích vyplývají zdravotní problémy především ze stylu života. Dnešní populaci nejvíce ohrožují nemoci oběhového systému, nádorová onemocnění, psychický stres, ale i zvyšující se výskyt alergických onemocnění. Řada onemocnění je spojována s postupující devastací životního prostředí.

Na zdravotní stav obyvatel v rozvojových zemích, jak už bylo mnohokrát napsáno v mé diplomové práci, má vliv řada faktorů, především výživa, kvalita životního prostředí, sociální zázemí, hygiena, stav a množství zdravotnických zařízení, lékařů, přístup ke vzdělání a financím.

Z historie jsme zjistili, že řadu endemických chorob se podařilo vymýtit zejména v rozvinutých zemích, bohužel se objevují stále nová onemocnění viz. zmiňovaná probíhající mexická chřipka.

Rozdíly ve vzdělanosti obyvatelstva v jednotlivých zemích jsou obrovské. Vyspělost společnosti, náboženství, její tradice a kultura mají vliv na rozdílnou úroveň gramotnosti žen a mužů v různých oblastech světa.

Z hodnocení dotazníků a projektu, jsem se dozvěděla, že děti mají povrchní, až žádné nebo milné znalosti o chorobách (AIDS, Hepatitida, Malárie a ptačí chřipka).

V současné době svět stále čelí rozsáhlým problémům hladu, nedostatku živin v potravě a podvýživy. Do budoucna bude ovlivňovat světovou potravinovou situaci chudoba, rostoucí počet obyvatel a vývoj zemědělství.

Mnoho států je a bude dále zužováno nízkou životní úrovní, se kterou je spojeno mnoho zdravotních a hygienických problémů.

6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

6.1 Internetové zdroje

- 1 AIDS-HIV . aids-hiv [online].Dostupné z URL
<<http://www.aidshiv.cz/udajevCR.html>>[cit.2008- 8-3]
- 2 Afrikaonline.Dostupné z
URL<<http://www.afrikaonline.cz/view.php?cisloclanku=2006110101>>[cit.2009-10-3]
- 3 ALL About Turkey : Zdravotní péče v Turecku [online]. Dostupné z URL<
www.allaboutturkey.com/health.htm > [cit.2009-21-3]
- 4 Atlantik: Rusko plánuje reformu zdravotnictví [online]. Dostupné z URL<
<http://www.atlantik.cz/>> [cit. 2009-14-2].
- 5 Authentic Ireland Travel:The Irish Potato Famine [online]. Dostupné z URL<
www.authenticireland.com/irish+potato+famine> [cit.2009-25-3]
- 6 BANGLAPEDIA: Hlad [online]. Dostupné z URL<
banglapedia.search.com.bd/HT/F_0015.htm - 21k> [cit.2009-29-4]
- 7 BusinessInfo.cz - Oficiální portál pro podnikání a export .Dostupné z URL
<<http://www.businessinfo.cz/cz/>> Datum aktualizace 2008-1-4 [cit. 2008-14-3].
- 8 Cia.gov: Dostupné z URL <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2004rank.html>> [cit.2008-11-3]
- 9 CISID. Dostupné z URL <<http://data.euro.who.int/CISID/>>[cit.2008-10-3]
- 10 CYPRUS HEALTH ΚΥΠΡΟΣ KIBRIS: Zdravotní péče na Kypru [online]. Dostupné z
URL< www.euro.who.int/Document/E82865CY.pdf> [cit.2009-21-3]
- 11 Dějiny Severní Koreje - Wikipedie, otevřená encyklopedie [online]. Dostupné z
URL<http://cs.wikipedia.org/wiki/D%C4%9Bjiny_Severn%C3%AD_Koreje> Datum
aktualizace 2009-16-5 [cit.2009-25-3]
- 12 European Influenza Surveillance Scheme. h.: Influenza [online]. Dostupné z URL
<<http://www.eiss.org/index.cgi>> Datum aktualizace 2008-1- 4 [cit. 2008-13-3].
- 13 European center for Disease Prevention and Control: Influenza A(H1N1) [online].
Dostupné z URL< <http://ecdc.europa.eu/>> [cit.2009-16-5]
- 14 Hlad se šíří po celé Africe Famine spreads across Africa:Dostupné z URL<
<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/vol16no4/164food1.htm>> [cit.2009-21-3]
- 15 Health Care System – Health Canada: Dostupné z URL <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index-eng.php> > Datum aktualizace 2008-06-13 [cit. 2009-10-3].
- 16 Horáčkovi:Island [online]. Dostupné z URL <<http://island.horackovi.eu/historie.htm>>
Datum aktualizace 2007-01-7 [cit.2009-10-2]
- 17 Chvállová:Minislovník ekonomických výrazů [online]. Dostupné z URL
<<http://osz.cmkos.cz/>> [cit.2009-16-5]

- 18 IMF - International Monetary Fund Home Page :Dostupné z URL
<<http://www.imf.org/external/data.htm> >[cit.2009-18-3]
- 19 Institute for OneWorld Health A Nonprofit Pharmaceutical Company . Dostupné z URL <<http://www.oneworldhealth.org/>>[cit.2008-23-3]
- 20 Malaria Vaccine Initiative: Malaria [online]. Dostupné z URL
<http://www.malariavaccine.org/mal-what_is_malaria.htm> Datum aktualizace 2008-30-3 [cit.2008-10-3]
- 21 Ministerstvo Zdravotnictví České republiky - - VIRUS A H1N1[online]. Dostupné z URL< <http://www.mzcr.cz/Verejne/Categories/201-virus-a-h1n1.html>> [cit.2009-16-5]
- 22 Molecular Expressions Cell Biology: The Human Immunodeficiency Virus (HIV) [online]. Dostupné z URL
<<http://micro.magnet.fsu.edu/cells/viruses/hivvirus.html>>[cit.2009-8-2]
- 23 MyguideIreland:The Great Famine[online]. Dostupné z URL< www.myguideireland.com/the-great-famine> [cit.2009-25-3]
- 24 Podle článku WHO zpracoval: Jiří Svršek: Malárie [online]. Dostupné z URL
<<http://natura.baf.cz/natura/2004/10/20041001.html>>[cit.2008-22-3]
- 25 Ptačí chřipka [online]. Dostupné z URL <<http://www.ptaci-chripka.cz/cz/Zpravy/?id=716>>[cit.2009-5-2]
- 26 Scio – Scio:Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání [online]. Dostupné z URL <<http://www.scio.cz/skoly/rvp/odstavec.asp?odstavecID=1060>> [cit. 2009-14-2].
- 27 The Economist: Počet obyvatel na lékaře [online]. Dostupné z URL
<www.economist.com/markets/rankings/displaystory.cfm?story_id=11318972>[cit.2009-15-3]
- 28 Úmluva OSN o boji proti desertifikaci – fotogalerie [online]. Dostupné z URL< [http://www.env.cz/AIS/web-pub.nsf/\\$pid/MZPIBFDRE1RO](http://www.env.cz/AIS/web-pub.nsf/$pid/MZPIBFDRE1RO)> [cit.2009-25-3]
- 29 UNESCO: Africa [online]. Dostupné z URL
<http://www.unesco.org/water/water_celebrations/> [cit.2009-18-3]
- 30 Viet Nam News: Famine fed farmers' fight for freedom[online]. Dostupné z URL< <http://vietnamnews.vnagency.com.vn/showarticle.php?num=02SUN210805>> Datum aktualizace 2005-21-8 [cit.2009-28-3]
- 31 Vzdělávací systém v Rusku [online]. Dostupné z URL
<www.study russian.com/MGU/russian-education-system.html > Datum aktualizace 2003-9-1 [cit.2009-21-3]
- 32 WHO:Bosna a Hercegovina [online]. Dostupné z URL
<www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_bih_en.pdf> Datum aktualizace 2007-4 [cit.2009-21-3]
- 33 WHO:Global atlas [online]. Dostupné z URL
<<http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/default.asp>>[cit.2009-10-2]

- 34 WHO: Hepatitis [online]. Dostupné z URL
<<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whodscsredc2007/en/index1.html#world>>[
cit.2009-5-2]
- 35 WHO: Influenza A(H1N1) [online]. Dostupné z URL< <http://www.who.int/en/>>
[cit.2009-16-5]
- 36 WHO: Malaria [online]. Dostupné z URL <<http://www.who.int/malaria/>>[cit.2009-5-2]
- 37 WHO: TBC [online]. Dostupné z URL <<http://www.who.int/tb/country/en/>> [cit.2009-
12-3]
- 38 WHO | Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS): SARS [online]. Dostupné z
URL <<http://www.who.int/csr/sars/en/>> [cit. 2008-14-3].
- 39 Wikipedie:Otevřená encyklopedie. : Mor [online]. Dostupné z URL
<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Mor>> Datum aktualizace 2008-30-3 [cit.2008-8-3]
- 40 World Water Day 2008: Dostupné z URL <<http://www.un.org/events/waterday/2008/>>
[cit.2009-14-3]
- 41 Zdraví – Ukrajina [online]. Dostupné z URL
<www.nationsencyclopedia.com/Europe/Ukraine-HEALTH.html> [cit.2009-21-3]
- 42 Zdraví v Srbsku. Systému zdravotní péče v Srbsku [online]. Dostupné z URL<
www.europe-cities.com/en/633/serbia/health/> [cit.2009-21-3]
- 43 Wikipedia: List of famines [online]. Dostupné z URL<
en.wikipedia.org/wiki/List_of_famines> [cit.2009-25-3]

6.2 Knižní zdroje

- 1 BIČÍK, I. a kol. *Školní atlas dnešního světa*. Terra 2001. ISBN 80-902282-2-4
- 2 DANEŠ, L. *Přírodně ohniskové nákazy*. Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0568-6
- 3 *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999. ISBN 80-901727-6-8.
- 4 FAIRBANK, J. *Dějiny Číny*, Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1992. ISBN 8071062499
- 5 FALK, V. *Kapesní atlas světa*. Marco Polo, 2005. ISBN 3-8279-9940-5
- 6 GOPFEROVÁ, D. a kol. *Epidemiologie infekčních nemocí*. Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0452-3.
- 7 HERINK, J. – TLACH, S. *Základy zeměpisných znalostí*. Nakladatelství České Geografické Společnosti, s.r.o., Praha 2006. ISBN 80-86034-67-4
- 8 JAN, B. *Encyklopedický slovník*. Odeon. Praha 1993, ISBN 80-207-0438-8
- 9 JENÍČEK, V., FOLTÝN, J. *Globální problémy a světová ekonomika*. Praha: C. H. Beck, 2003. ISBN 80-7179-795-2
- 10 JIRÁSKOVÁ a kol. *Lékařskogeografické problémy Etiopie*. Academia :Praha, 1991. ISBN 80-200-0410-6
- 11 KUHNLOVÁ, H. *Zeměpis světa*. Nakladatelství České Geografické Společnosti, s.r.o. 2004, ISBN 80-86034-59-3
- 12 LOBOVSKÁ, A. *Infekční nemoci*. Karolinum 2002. ISBN 80-246-0116-WHO:
- 13 NORMAN F. CANTOR. *Po stopách moru*. BB/art s.r.o. 2005. ISBN 80-7341-461-3
- 14 O'NEILL, T. Korea: *Nebezpečné rozdělení*. National Geographic, 2003, č. 7, s. 30-55
- 15 SCHALLER, K.F., KULS. *Ethiopia*. Springer Verlag, Berlin: Heidelberg, 180 str.
- 16 SKOKAN, L. *Vybrané kapitoly z učiva zeměpisu pro 7. ročník ZŠ*. Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1991. ISBN 80-04-26002-0.
- 17 ŠUMAVSKÝ, J. *Utrpení a naděje Latinské Ameriky*. Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1980.
- 18 TOMÁŠ R., ZELENKA T. a kol. *Všeobecná encyklopedie*. IKAR PRAHA a KNIŽNÍ KLUB PRAHA 1998. ISBN 80-7202-071-4 (Ikar. Praha). ISBN 80-7176-576-7 (Knižní klub. Praha).
- 19 VOTRUBEC, C. *Afrika*. Státní pedagogické nakladatelství Praha, 1973.
- 20 VRANÝ, J. *Suroviny a rozvojové země*. Nakladatelství Svoboda. Praha, 1982.
- 21 WAHLA, A. *Geografie vzdělávání obyvatelstva*. Státní pedagogické nakladatelství. Praha 1988,
- 22 WAISOVÁ, Š. *Chudoba a bohatství v současném světě*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006. 159 s.
- 23 ZIMMER, C. *Vládce parazit*. Copyright, 2000. ISBN 80-7185-685-1

PŘÍLOHA Č.1

Zdravotní péče a sociální zabezpečení v Africe

Afrika je kontinentem velké míry podvýživy a špatného zdravotního stavu lidí. Je zde největší procento populace nakažené virem HIV. Vyskytují se zde zcela neznámé a často velmi nebezpečné kmeny virů (Ebola). Choroba AIDS se stává velkým problémem celého kontinentu.

a) S Afrika

Tab.114.30:Zdravotní a sociální zabezpečení v S Africe v roce 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Maroko	V Maroku se zdravotnická péče omezuje na městské oblasti, protože sociální program nemá dostatek prostředků.
Alžírsko	Vláda vybudovala systém zdravotní péče, která je pro nemajetné bezplatná.
Libye	Lékařská péče je v zemi bezplatná a poskytuje ji rostoucí síť nemocnic a zdravotních středisek.
Egypt	Vládní výdaje na zdravotnictví stále rostou, zvláště ve venkovských oblastech. Většina zdravotnických služeb je státních a zdravotní pojištění je povinné.
Čad	V Čadu je určitá zdravotnická péče dostupná jen na jihu země.
Mauretánie	Mauretánie nedisponuje kvalitní zdravotní péčí, s výjimkou hlavního města Nouakchottu a obchodního centra Nouadhibou.
Mali	Nedisponuje kvalitní zdravotní péčí.
Súdán	V zemi je zdravotní péče na velmi nízké úrovni. Vážnými problémy jsou infekční nemoci včetně malárie, podvýživa, špatné bydlení a neodpovídající hygiena. Jih země v důsledku války strádá hladomorem.

Zdroj dat: Encyklopedie zeměpis světa.Nakladatelství Kolumbus

b) Střední Afrika

Tab.114.31: Zdravotní a sociální zabezpečení v Střední Africe v roce 2000

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Senegal	Úroveň zdravotní a sociální péče je mimo Dakar nízká.
Gambie	Zdravotnictví je málo rozvinuté, ale existují programy boje proti lepra, malárii a jiným endemickým chorobám.
Guinea	Úroveň zdravotní péče je nízká.
Guinea-Bissau	Zdravotnictví je na nízké úrovni.
Sierra Leone	I přes vládní zdravotnické programy je kojenecká úmrtnost velmi vysoká a naděje na dožití patří k nejnižším na světě. Vážným problémem zůstává spavá nemoc a lepra.
Libérie	Problém zůstává vysoká úmrtnost rodiček i kojenců, choroby jako malárie a lepra, tuberkulóza, podvýživa a spavá nemoc.
Pobřeží slonoviny	Zdravotní péče je nedostačující, běžná je tuberkulóza, malárie, úplavice.

Burkina	Zdravotní stav obyvatel je špatný, rozšířené jsou infekční choroby a podvýživa.
Ghana	Zdravotní péče stagnuje pro velký přírůstek obyvatel, špatnou hygienu a výživu. K hlavním nemocem patří malárie, pneumonie a gastroenteritis, jež byly zčásti zvládnuty.
Togo	Dosud běžná je malárie, žlutá zimnice a tuberkulóza.
Benin	Zdravotnictví a úroveň bydlení jsou na nízké úrovni. K hlavním nemocem patří lepra, meningitida a malárie.
Nigérie	Zdravotní a sociální péče je nedostatečná, zejména na venkově.
Kamerun	Sociální zabezpečení je omezené a zdravotnictví má dobrou úroveň jen ve městech.
Středoafrická republika	Existuje omezená sociální péče, ale zdravotnictví nestačí zvládnout spavou nemoc, tuberkulózu, lepru a jiné endemické choroby.
Rovníková Guinea	Úroveň zdravotnictví a hygieny je nízká, běžná je zejména malárie.
Gabon	Zdravotní a sociální péče je dosti dobrá, zdravotní stav populace je lepší než ve většině afrických států.
Kongo	Zdravotní péče je na africké poměry solidní, ale na venkově, kde jsou rozšířeny tropické choroby, špatně dostupná.
Zair	Sociální a zdravotnické služby jsou omezené.
Burundi	Zdravotní a sociální péče jsou na nízké úrovni a dosud je rozšířena malárie i tuberkulóza.
Rwanda	Zdravotní a sociální péče jsou na nízké úrovni.
Uganda	Zdravotní péče je nedostatečná, běžně se vyskytuje malárie, střevní paraziti, úplavice. Velmi rozšířený je AIDS.
Keňa	Zdravotnictví bojuje s nemocemi jako malárie, úplavice, trachom a AIDS. Povzbuzují se aktivity sociální svépomoci.
Tanzanie	Potírá se malárie a spavá nemoc, ale problém zůstává podvýživa.
Seychely	Zdravotnictví je na dobré úrovni.
Svatý Tomáš	Zdravotní péče je bezplatná.
Kapverdy	Zdravotní a sociální péče jsou omezené.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus

c) Jižní Afrika

Tab.116.32:Zdravotní péče a sociální zabezpečení v Jižní Africe v roce 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Angola	Zdravotní a sociální péče jsou nedostatečné. Zejména ve vnitrozemí se vyskytují četné nemoci, podvýživa a velké množství válkou zmrzačených lidí.
Zambie	Zdravotnictví trpí nedostatkem lékařů a pomocného personálu, přesto poskytuje základní služby a orientuje se zejména na potírání endemických chorob.
Malawi	Některé lékařské úkony jsou bezplatné, ale lékařská péče je nedostatečná. Nejzávažnějšími chorobami jsou malárie, úplavice a lepra.
Mosambik	Zdravotnictví bylo znárodněno a lékařská péče je bezplatná, ovšem většina zdravotnických zařízení byla během občanské války zničena. Vládě se moc nedaří zabránit šíření nemocí, jako je malárie, tuberkulóza, hepatitida a pneumonie.
Namibie	Zdravotní péče se soustřeďuje do několika málo velkých nemocnic. Hlavními nemocemi jsou tuberkulóza, spalničky a malárie.
Botswana	Zdravotní péči zajišťují převážně mobilní kliniky, nejzávažnější zdravotní problémy způsobuje tuberkulóza, zažívací poruch a podvýživa.
Zimbabwe	O zdravotní péči černošského obyvatelstva se až do roku 1980 staraly křesťanské mise.
Jižní Afrika (JAR)	Zdravotní péče je na vysoké úrovni ve městech, na vzdáleném venkově je však špatně dostupná. Kvalitní péči má stále dispozici především bělošské obyvatelstvo. Kojenecká úmrtnost je u černošské populace podstatně vyšší a naděje dožití naopak výrazně nižší než u bělochů. Především u dětí se stále vyskytuje nemoc z podvýživy, tzv. kwashiorkor, způsobená stravou s velkým nedostatkem uhlohydrátů a proteinů, končí často smrtí. Systém sociální péče zahrnuje důchody a rodinné přídatky, péči o přestárlé a hendikepované občany stejně jako o mládež, doposud však byl diferencován podle barvy pleti. Existuje podpora i při ztrátě zaměstnání; v případě černošských dělníků byla však velmi nízká.
Lesotho	Největší města mají několik nemocnic a klinik, zdravotní péče je však nedostatečná. Nejvíce jsou rozšířeny nemocnice související s podvýživou.
Svazijsko	Vláda se v rámci zdravotní péče především snaží vymýtit endemické nemoci a nemoci s podvýživou. V sociální oblasti poskytuje podpory potřebným, starým a nemocným.
Madagaskar	Zdravotní péče je dostupná převážně lidem žijícím ve městě, na venkově je na nízké úrovni.
Mauricius	Zdravotní a sociální služby jsou velmi dobré, ale přelidněnému ostrovu nestačí.
Komodory	Tři nemocnice trpí nedostatkem zdravotnického personálu.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus

Když hodnotíme Afriku co se týče zdraví a sociálního zabezpečení s ostatními kontinenty, je na tom ze všech kontinentů nejhůř, proto se pozornost různých mezinárodních organizací zaměřila na tento kontinent. Z

tabulek, které nám popisují zdraví a sociální zabezpečení v jednotlivých částech Afriky zjistíme, že nejhorší zdravotní a sociální služby nalezneme ve Střední Africe. Lidé na tomto území jsou sužováni endemickými chorobami (malárie, TBC, úplavice aj.), které mají díky tropickému podnebí vhodné podmínky pro svůj vznik a šíření. Nízká gramotnost, nízká míra HDP na obyvatele, válečné konflikty, podvýživa a jiné, jsou dalšími příčinami, které negativně ovlivňují zdravotnictví a sociální zabezpečení.

Nejenom země v Střední Africe jsou postiženy takovými problémy, v Severní oblasti nalezneme Mali, Súdán, v Jižní Africe jimi jsou Angola, Malawi, Svazijsko a další.

V zemi Jižní Africe je zdravotní péče na vysoké úrovni i tak se zde vyskytuje hrozná nemoc kwashiorkor. Dětské onemocnění, časté v tropické Africe a nazývané též nutriční edém. Je způsoben tím, že děti odstavené od prsu dostávají hned stravu dospělých, v níž je málo bílkovin. Choroba se projevuje poruchou jater, anémií, otoky a depigmentací (CTIBOR VOTRUBEC, 1973).

Na venkově je rozšířené lidové léčení, zvláště v subsaharské Africe chovají lidé místní léčitelské ve velké úctě a důvěře. Když někdo z obyvatel onemocní, ve většině případů dají přednost právě jim před doktory konvenční medicíny. Léčitelé k uzdravení nemocného často používají kouzelné předměty, speciální zdobené džbány – nástroj pro komunikaci s duchy předků a léčivé látky, které jsou dostupné v nejbližším okolí (MICHAL RISLER, 2008).

Zdravotní péče a sociální zabezpečení v Americe

A. Severní Amerika

a. Kanada

Kanada je veřejně financované zdravotnictví. Reformy ve zdravotnictví byly provedeny během posledních čtyř desetiletí a budou pokračovat v reakci na změny v lékařství a celé společnosti. Základy však zůstávají stejné - univerzální krytí lékařsky nezbytné zdravotní péče poskytované na základě potřeby, spíše než na schopnost platit. Federální vlády, deset provincií a tři území mají hrát klíčové role v systému zdravotní péče v Kanadě. Kanada má zdravotní mandát, který napomáhá Kanadčanům udržet a zlepšit jejich

zdravotní stav. Mezi další činnosti patří poskytování zdravotnických služeb pro specifické skupiny (např. First Nations a Inuité).

b. USA

Chudoba a rasová problematika stále v mnoha ohledech ovlivňují poskytování sociální péče. Za vlády republikánů se také výrazně prohloubily rozdíly mezi bohatými a chudými. V r. 1988 federální vláda odhadovala, že více než osmina obyvatelstva žije pod hranicí chudoby (min. výška příjmů) , v případě černošské populace dokonce třetina. Hranice chudoby je v různých státech světa definována různě. Vychází např. z výpočtu minimálního spotřebitelského rozpočtu (v USA a Německu), z minimální mzdy (ve Francii) nebo minimálního starobního důchodu (ve Finsku). Hranice chudoby se průběžně opravuje podle růstu životních nákladů a růstu národního důchodu. (CHVÁLOVÁ,J.) V EU je chudý ten, jehož příjem nedosahuje 60 % národního mediánového disponibilního příjmu po sociálních transferech.

Úroveň zdravotní péče a zdravotnických zařízení je standardně vysoká a zdravotní stav obyvatel se stále zlepšuje. Federální vláda poskytuje zdravotnictví dotace, ale pro většinu lidí jsou zdravotní služby drahým zbožím a to produkuje nerovnosti. Např. kojenecká úmrtnost černošských obyvatel je dvakrát vyšší než bělošské populace. Mnoho chudých si zdravotní pojištění vůbec nemůže dovolit. V r. 1988 se Massachusetts stal prvním státem, který začal poskytovat povinné zdravotní pojištění všem občanům. Následující rok zavedl Washington program zdravotní péče pro rodiny s nízkými příjmy.

Dva současné velké problémy - masové užívání drog a AIDS - kladou na zdravotnictví obrovské finanční nároky. Zdravotní pojištění je nemocným či infikovaným často odpíráno.

Sociální péče zahrnuje podpory v nezaměstnanosti a nemoci, invalidní, starobní a vdovské důchody a mateřskou dovolenou. Je organizována soukromým sektorem i vládou, která poskytuje také pomoc chudým rodinám s dětmi. Rozsah a výše dávek se v jednotlivých státech liší.

B. Střední Amerika a Karibská oblast

V Mexiku je zdravotní péče většinou lidem dostupná, ale venkov je stále zužován řadou chorob z nedostatečné vybavenosti. Velkým problémem je bydlení, hlavně ve městech. Na venkově a v indiánských oblastech panuje chudoba.

Tab.119.33: Zdravotní a sociální péče ve Střední Americe a Karibské oblasti v r. 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Guatemala	Nedostatečné prostředky na rozvoj zdravotnictví.
Belize	Léčení je v zemi bezplatné, dobrý systém sociálního zabezpečení.
Salvador	Zdravotnictví a hygiena jsou na nízké úrovni, na venkově se nedostává kvalifikovaného zdravotnického personálu, systém sociálního zabezpečení chrání ty, kdo mají placenou práci.
Honduras	Zdravotnictví a hygiena jsou na nízké úrovni, nedostatek lékařů.
Nikaragua	Nedostatek hygieny, tropické choroby, nedostatek kvalifikovaných lékařů, obtížné získání lékařské péče.
Kostarika	Sociální zabezpečení i léčebně preventivní program mají všichni zaměstnaní, ve venkovských oblastech je situace horší.
Panama	Panama má dvě zdravotní péče – veřejnou a soukromou. Zdravotnictví je na velmi dobré úrovni.
Kuba	Systém zdravotní péče je rozdělen do tří úrovní, které odpovídají správnímu členění země: národní, regionální a komunální. Na národní úrovni dohlíží Ministerstvo zdravotnictví (MINSAP), které zvyšuje efektivitu a kvalitu zdr.péče.
Bahamy	Zdravotnictví je na velmi dobré úrovni.
Haiti	80 % lidí žije pod hranicí chudoby, není zajištěna dostatečná zdravotní péče, vysoká dětská úmrtnost, nízká naděje dožití.
Jamajka	Vláda dbá na úroveň zdravotnictví, bydlení a sociální péči.
Dominikánská republika	Zdravotní péče je na dobré úrovni v soukromých zdravotnických centrech.
Svatý Kryštof	Zdravotní péče je na nižší úrovni.
Antigua a Barbuda	Zdravotní péče je omezená, na ostrovech je pouze Všeobecná nemocnice (Hospital General).
Barbados	Byl zaveden systém sociálního zabezpečení a zdravotní péče.
Grenada	Dobré zdravotnictví.
Trinidad a Tobago	Kvalitní státní zdravotnictví.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8

C. Jižní Amerika

Tab.120.34. Zdravotní a sociální péče v Jižní Americe v roce 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Kolumbie	Zdravotní péče je omezená pro nedostatek potřebných zařízení, chudé vrstvy trpí nedostatečnou výživou a bydlením ve špatných hygienických podmínkách.
Venezuela	Systém sociálního zabezpečení, nejvyspělejší v Jižní Americe, podporuje nezaměstnané, důchodce i práce neschopné obyvatele a zahrnuje též veřejnou zdravotní péči, rostoucí počet obyvatel a migrace do měst přispěly k vytváření chudinských čtvrtí, v nichž jsou nedostatečné podmínky pro bydlení a hygienu.
Guyana	Relativně dobrá situace ve zdravotnictví, infekční choroby jsou pod kontrolou.
Surinam	Životní úroveň obyvatel i úroveň zdravotní péče je poměrně vysoká.
Bolívie	Zdravotní péče je adekvátní pouze ve městech.
Ekvádor	Existuje systém sociálního zabezpečení, ale zdravotní péče a životní podmínky obyvatel jsou vesměs na nízké úrovni.
Peru	Zdravotní a sociální péče jsou dostupná ve městech, ale prakticky neexistuje na venkově a v horských oblastech, na okraji měst jsou chudinské čtvrti, které jsou charakteristické nízkou úrovní hygieny a bydlení.
Brazílie	Zdravotní péče je poměrně na dobré úrovni ve velkých městech, v ostatních oblastech je nedostatečná, zaměstnavatelé přispívají odvody do systému Sociálního zabezpečení, který pak hradí různé dávky v nemoci, nezaměstnanosti a důchody.
Paraguay	Zdravotní péče je Asunción naprosto nedostatečná.
Chile	Má dobře vybudovanou síť státních a od roku 1980 i soukromých zdravotnických služeb, také systém sociálního zabezpečení je dobře rozvinut, od roku 1973 byl výhodný systém sociálního zabezpečení postupně proměněn na systém úspor, který spravují soukromé společnosti.
Argentina	Systém sociálního zabezpečení byl rozvinut již za prezidentství J. Perona, řada sociálních problémů přetrvává, zdravotní péče zahrnuje státní i soukromý systém služeb, ale její úroveň se regionálně značně liší.
Uruguay	Nejstarší a nejrozvinutější systém sociálního zabezpečení v Jižní Americe.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8

Mezi země na Americkém kontinentu s nejvyspělejšími zdravotnictvím se řadí USA a Kanada. Zdravotní péče na dobré úrovni, je taková péče, která poskytuje pacientům základní, v některých místech, většinou ve městech i rozšířenou péči. K takovým státům patří Mexiko, Panama, Kuba, Bahamy, Dominikánská republika, Antigua a Barbuda, Trinidad a Tobago, Grenada, Uruguay, Kostarika, Chile, Argentina. Ve zbylých zemích je úroveň zdravotní péče nízká (nedostatek kvalifikovaného zdravotního personálu, zdravotnického materiálu, léků, financí a aj.).

Zdravotní péče a sociální zabezpečení v Asii

a. Centrální Asie

Čína

Zdravotnická péče v minulosti v Číně prakticky neexistovala. Nemocnice byly jen ve větších městech a byly přístupné pouze majetným vrstvám. Na vesnici byli lidé odkázáni na šarlatány a na lidové "lékaře".(HRDLIČKOVÁ,1971)

Funguje zde skupin zdravotníků tzv. „bosí doktoři“, která je pravidelně posílána do venkovských oblastí. Dostávají intenzivní výcvik pro práci v podmínkách nedostatku zdravotnických zařízení. Čína udělala velký pokrok v zajištění zdravotní péče. Do značné míry se podařilo odstranit výskyt vážných infekčních onemocnění. Sociální péče je omezena na zaměstnance státních podniků.

Mongolsko poskytuje bezplatnou zdravotní a sociální péči, ale v současnosti nemá dostatek finančních prostředků.

b. Západní Asie

Tab.121.35:Zdravotní a sociální péče v Západní Asii v roce 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Kazachstán	Nemocnice jsou skromně vybaveny, většinou starými sovětskými přístroji a úroveň hygieny je také problematická.
Uzbekistán	Zdravotnická péče v Uzbekistánu je na nižší úrovni než u nás. V uzbeckých zdravotnických zařízeních je nedostatek základního materiálu včetně sterilních jehel a antibiotik. Zastupitelé a cizinci, kteří v Uzbekistánu dlouhodobě žijí, jezdí za kvalitní lékařskou péčí do zahraničí. V uzbeckých nemocnicích je nutno platit hotově, proto je třeba dobré pojištění.
Kyrgyzstán	Základní zdravotnická péče je v Kyrgyzstánu na nízké úrovni, v lékařských zařízeních často chybí i nejnnutnější zdravotnické potřeby včetně injekčních jehel, anestetik a antibiotik.
Tádžikistán	Země má stále nejvyšší porodnost ze středoasijských republik.
Turkmenistán	Sít zdravotních zařízení je dobrá, ale např. kojenecká úmrtnost je stále vysoká.
Ázerbajdžán	Kvalita zdravotnictví je na nízké úrovni.
Arménie	I přes obrovské hospodářské a sociální problémy se udržuje poměrně vysoká porodnost a přirozený přírůstek obyvatel.
Gruzie	Zdravotní i sociální podmínky obyvatel v zemi se statisíci uprchlíků se v posledních letech prudce zhoršil.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8

c. Jihovýchodní Asie

Tab.122.36: Zdravotní a sociální péče v Jihovýchodní Asii v roce 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Barma (Myanmar)	Zdravotní péče je bezplatná, země má velký nedostatek lékařských zařízení a léků.
Laos	Zdravotnictví je na dobré úrovni.
Thajsko	Systém sociálního zabezpečení je nedostatečný, určitá pomoc je poskytována těm nejchudším, vláda se snaží zajistit základní lékařskou péči, ale stále existují velké zdravotní problémy
Kambodža	Zdravotní péče se postupně zlepšuje, běžná je podvýživa.
Vietnam	Zdravotní a sociální zabezpečení se v posledních letech velmi zlepšily a dnes obsáhly i dříve opomíjené venkovské oblasti.
Malajsie	Zdravotní péče je bezplatná pro ty, kteří žijí v blízkosti státních nemocnic a klinik, sociální program pomáhá chudým, nemocným a starým lidem.
Singapur	Zdravotní a sociální péče je na vysoké úrovni
Brunej	Kvalitní lékařská péče je bezplatná, pro odlehlá místa existuje služba „létajícího lékaře“.
Indonésie	Ve velkých městech existují choroby spojené s podvýživou a bydlením, většina nakažlivých chorob je pod kontrolou.
Filipíny	Zdravotní péče je soustředěna v Manile; mimo ni je těžce dostupná.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8

V Jihovýchodní Asii, jako ve většině státech Asie chybí lékařská zařízení, léky, kvalifikovaný zdravotní personál, výjimku tvoří Singapur kde zdravotní a sociální péče je na vysoké úrovni. Lidé v Indonésii, Kambodže a Malaisii zde trpí chorobami spojené s podvýživou.

d. Východní Asie

Tab .122.37: Zdravotní a sociální péče ve Východní Asii v roce 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Japonsko	Veřejný, soukromý program zdravotního a sociálního zabezpečení vyplácí příslušné dávky v případě nemoci, pracovních úrazů a invalidity, v mateřství, ve stáří a v nezaměstnanosti, zdravotní stav populace je vynikající, průměrná délka života patří k nejdelším na světě.
Severní Korea	Stát klade velký důraz na sociální zabezpečení, které pokrývá všechny základní potřeby.
Jižní Korea	Lékařská péče je nákladná a v patřičném rozsahu je soustředěna v Soulu a Pusanu, omezený sociální program poskytuje péči válečným obětem, starým lidem a bezdomovcům.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8

e. Jižní Asie

Tab.123.38: Zdravotní a sociální péče v Jižní Asii v r. 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Pákistán	Zdravotnictví trpí nedostatkem odborníků, omezená sociální péče je věnována nemocným, rodičkám a zraněným v práci, vyplácí se také nevelké starobní a invalidní důchody.
Bangladéš	Omezenou zdravotní péči zajišťuje jak vláda, tak soukromé společnosti, všude je patrná podvýživa.
Nepál	Zdravotní péče je na nízké úrovni.
Bhútán	Sociální a zdravotní péče je pro většinu obyvatel nedostupná.
Indie	Indie má síť soukromých i státních zdravotnických zařízení. Státní jsou sice bezplatná, ale ošetření je často nekvalitní.
Maledivy	Zdravotní péče hojně spoléhá na tradiční léčbu.
Šrí Lanka	Fondy sociální péče poskytují podporu v nezaměstnanosti, invalidní i starobní důchody, lékařská péče je poskytována bezplatně, ale podvýživa a nemoci jsou stále hojně rozšířeny.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8

V Jižní Asii je zdravotní péče většinou na nízké úrovni, lidé zde často spoléhají na lidové léčitelství, jak je tomu i v Africe.

f. Jihozápadní Asie

Tab.123.39: Zdravotní a sociální péče v Jihozápadní Asii v r. 2000.

STÁT	ZDRAVOTNÍ PÉČE A SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ
Turecko	Systém sociální péče zahrnuje zdravotní pojištění a důchodové zabezpečení, zdravotní péče je pro chudé bezplatná.
Sýrie	Zdravotní péče, soustředěná do měst, je pro chudé bezplatná, omezený systém sociální péče poskytuje důchod a podporu při zranění a invaliditě.
Libanon	Úroveň zdravotní péče v Libanonu je srovnatelná s evropskými nemocnicemi a v některých případech je lepší než u nás.
Izrael	Sociální systém zahrnuje úplnou škálu zdravotních a sociálních služeb.
Jordánsko	Sociální systém je poměrně dobrý, státem dotovaná zdravotní péče je dostupná pouze ve městech, bydlení, výživa a hygiena nemají často odpovídající úroveň.
Irák	Přetížené zdravotnictví, mimo větší města pracuje málo školeného lékařského personálu a mnoho infekčních chorob se dosud nepodařilo dostat pod kontrolu, sociální zaopatření zabezpečuje důchod a dávky v nemoci i nezaměstnanosti.
Kuvajť	Kuvajťané mají veškerou zdravotní a sociální péči zdarma.
Írán	Zdravotnická péče je bezplatná pro chudé, avšak mnoho venkovských oblastí trpí nedostatkem lékařských zařízení a školeného personálu, stát zajišťuje určitou sociální péči.
Jemen	Sociální péče je na nízké úrovni.
Afgánistán	Zdravotní a sociální péče jsou na velmi nízké úrovni, zvláště ve venkovských oblastech; většina léků a zdravotnického materiálu

	pochází ze zahraniční pomoci, kojenecká úmrtnost patří k největší na světě.
Saudská Arábie	Rozsáhlý sociální systém zahrnuje lékařskou péči pro všechny občany i poutníky, města mají zdravotní péči na vysoké úrovni, avšak ve venkovských oblastech jsou ještě běžné nemoci jako malárie, bilharziáza.
Bahrajn	Příjmy z ropy umožňují poskytovat bezplatnou lékařskou péči.
Katar	Sociální péče je poskytována zdarma.
Spojené arabské emiráty	Rozsáhlé sociální služby, zdravotní péče je bezplatná, v zemi je zaměstnáno mnoho zahraničních lékařů.
Omán	Od roku 1970 se rozšířila zdravotní i sociální péče.

Zdroj dat: *Encyklopedie zeměpis světa*. Nakladatelství Kolumbus, spol. s r.o., 1994, 1999, SBN 80-901727-6-8

Na Arabském poloostrově se nacházejí země (Saudská Arábie, Omán, Bahrajn Spojené arabské emiráty, Bahrajn a Katar), které své zdravotnictví dotují z těžby ropy, a tak si mohou dovolit pro své občany bezplatnou zdravotní péči.

g. Severní Asie

Rusko

Po rozpadu sovětského svazu nastal chaos v sociální péči. Podle VANÍČKA (2008) Ruská vláda plánuje zahájení reformy zdravotnictví do roku 2010. Reforma bude mít příznivý dopad jak na systém zdravotnictví v Rusku, tak na farmaceutický průmysl, a to především díky zavedení povinného pojištění na předepsané léky. To znamená, že v rámci tohoto systému bude garantován plně placený předepisovaný lék za předem stanovenou cenu a z předem stanoveného seznamu. Tato reforma by měla být širší než současný stav (program DLO).

Zdravotní péče a sociální zabezpečení v Austrálii a Oceánii

Zdravotnictví v Austrálii financuje stát. Australský systém všeobecného zdravotního pojištění poskytuje pacientům náhradu 85 % standardních výdajů. Zvláštní zdravotnickou péči pro domorodce žijící v původních komunitách financuje federální vláda, ale spravují a kontrolují je sami Australci. Odlehlým oblastem slouží proslulá Královská služba létajících lékařů založená v roce 1928.

Zdravotní péče a sociální zabezpečení v Evropě

a. Severní Evropa

V Severských zemích je zdravotní i sociální péče velmi na dobré úrovni. Finsko a Island se řadí mezi země s nejnižší kojeneckou úmrtností. Za to Dánsko se může pochlubit nejstarším a nejrozsáhlejším sociálním systémem na světě. Ve všech pěti státech je poskytováno kvalitní zdravotní zabezpečení včetně pečovatelské služby v penzionech.

b. Západní Evropa

Jako v Severských zemích, tak v západní Evropě je zdravotní péče i zdravotní zařízení na vysoké úrovni.

Ve Velké Británii je zdravotní péče poskytována bezplatně. Dokonce dětem, starým lidem a nemajetným se promíjí i poplatek za oční vyšetření, péči o chrup a léky.

Francouzský systém sociálního zabezpečení je z velké části financován státem a zaměstnanci i zaměstnavatelé na něj povinně přispívají. Léčebné náklady jsou hrazeny systémem pojištění.

Nizozemský systém sociální a zdravotní péče patří k nejvyspělejším na světě. Systém zdravotní a sociální péče v Lucembursku a Belgii je srovnatelný se systémy v ostatních západoevropských zemích.

c. Střední Evropa

Ve Švýcarsku je zdravotní pojištění zdarma nebo je částečně hrazena. Všichni zaměstnanci musejí platit pojištění i v nezaměstnanosti. Zdravotní péče v Lichtenštejnsku je vynikající, vláda přispívá i švýcarským zdravotnickým zařízením.

d. Východní Evropa

Zdravotní péče je na dobré úrovni, přestože se běloruské nemocnice a polikliniky permanentně potýkají s nedostatkem základních lékařských potřeb a také s akutním nedostatkem financí. Lékařům se často medikamentů, proto by se turisté měli předzásobit léky v množství přiměřeném délce pobytu.

V Moldavské republice začala v roce 1995 reforma systému zdravotnictví, kdy Světová banka a moldavská vláda začala jednání o zlepšení systému zdravotnictví a přijetí zákona o ochraně zdraví.

Zdravotnictví na Ukrajině prochází složitým přechodným obdobím. V roce 1992 tam byla stanovena úroveň výdajů na zdravotní služby (odhadem 10% národního důchodu). Od roku 1999 se celkové výdaje na zdravotní péči odhadují na 4,4% HDP.

e. Jihovýchodní Evropa

V Rumunsku zdravotní i sociální péče je na nízké úrovni, životní úroveň patří k nejnižším v Evropě.

Úroveň zdravotní péče ve Slovinsku a Chorvatsku, je zcela srovnatelná s úrovní zdravotní péče ve vyspělých zemích Evropy.

Bosna a Hercegovina má zastaralé zdravotnictví s nízkou kapacitou lůžek, zdravotní informační systém je nedostačující. Výdaje na zdravotnictví tvoří okolo 10% HDP, což je vyšší, než činí průměr pro střední a východní Evropu.

V Srbsku je úroveň zdravotní péče je k dispozici v nedostatečné kvalitě.. Zdravotnický personál je dobře vyškolen, ale vybavení a zařízení není dostatečné. Zdravotní péče v Srbsku, je k dispozici pro všechny občany.

Bulharsko má stále jednu z nejhorších systémů zdravotní péče v Evropě, v závislosti na 2008 Euro Health Consumer Index (EHCI) zprávu, kterou vypracovala Health Consumer Power House. Jediné tři země s horší výsledky než Bulharsko jsou Chorvatsko, Makedonie a Lotyšsko.

V Rumunsku je zdravotnictví na nízké úrovni, i když se zdravotní péče a zdravotní instituce začaly zlepšovat. Lékaři a sestry jsou málo placené a to vede ke korupci. Ve venkovských oblastech je přístup k zdravotní péči obtížnější, nemocné děti z znevýhodněných rodin, často nemají nárok na žádné zdravotní služby.

Státní nemocnice na Kypru jsou prakticky zdarma. Soukromé zdravotnictví je otevřen pro všechny ty, kteří si mohou dovolit platit za jejich ošetření. Lékařské potřeby kyperské populace jsou plněny prostřednictvím tří systémů zdravotních služeb; vládní sektor zdravotnictví, soukromý sektor zdravotnictví, a řada programů pokrývajících specifické skupiny obyvatelstva.

Turecko má velmi složitý systém zdravotní péče z důvodu existence různých plánů a útvarů zapojených do tohoto odvětví. Všechna zdravotní péče a související sociální aktivity jsou koordinovány s ministerstvem zdravotnictví. Dnes je zdravotní péče v Turecku na lepší úrovni ve srovnání s minulostí, ale ještě nedosáhla očekávané kvality, a to zejména ve většině státních nemocnicích. Většina nemocnic a lékařů se soustřeďují ve městech a velkých městech, kde je více lidí a více zisku, zatím existuje jen málo zdravotnických služeb na venkově a ve venkovských oblastech.

f. Jižní Evropa

Zdravotní péče je ve Španělsku a Portugalsku zajišťována jak státem tak církví. Od roku 1980 se těší Italové ze soukromého systému zdravotního zabezpečení, který poskytuje zdarma lékařskou péči všem občanům.

Zlepšená zdravotní péče v Řecku snížila výrazně kojeneckou úmrtnost. Pro chudé je lékařská péče zdarma.